



**Universidad Nacional Mayor de San Marcos**

**Universidad del Perú. Decana de América**

Dirección General de Estudios de Posgrado

Facultad de Psicología

Unidad de Posgrado

**Estilos de vida en pacientes de hospitales de EsSalud de  
la región de Huánuco 2018**

**TESIS**

Para optar el Título de Segunda Especialidad en Psicología de la  
Clínica y de la Salud

**AUTOR**

Manuel Julio SALAZAR SANCHEZ

**ASESOR**

Dr. Marcelino RIVEROS QUIROZ

Lima, Perú

2019



Reconocimiento - No Comercial - Compartir Igual - Sin restricciones adicionales

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>

Usted puede distribuir, remezclar, retocar, y crear a partir del documento original de modo no comercial, siempre y cuando se dé crédito al autor del documento y se licencien las nuevas creaciones bajo las mismas condiciones. No se permite aplicar términos legales o medidas tecnológicas que restrinjan legalmente a otros a hacer cualquier cosa que permita esta licencia.

## Referencia bibliográfica

---

Salazar, M. (2019). *Estilos de vida en pacientes de hospitales de EsSalud de la región de Huánuco 2018*. Tesis para optar el Título de Segunda Especialidad en Psicología de la Clínica y de la Salud. Unidad de Posgrado, Facultad de Psicología, Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima, Perú.

---

**Universidad Nacional Mayor de San Marcos**  
Universidad del Perú. Decana de América

Vicerrectorado de Investigación y Posgrado  
Dirección General de Biblioteca y Publicaciones

Dirección del Sistema de Bibliotecas y Biblioteca Central

"Año de la lucha contra la corrupción y la impunidad"

## **Hoja de metadatos complementarios**

Código ORCID del autor (dato opcional):

Código ORCID del asesor o asesores (dato obligatorio): 078875

DNI del autor: 22484239

Grupo de investigación:

Institución que financia parcial o totalmente la investigación:

Ubicación geográfica donde se desarrolló la investigación. Debe incluir localidades y/o coordenadas geográficas:

Region de Huánuco

PROVINCIAS: Huánuco y Leoncio Prado

Distrito: Amarilis y Rupa Rupa - Tingo Maria

Año o rango de años que la investigación abarcó: 2018



**UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS**  
(Universidad del Perú, DECANA DE AMÉRICA)

**FACULTAD DE PSICOLOGÍA**

Av. Germán Amezaga n.º 375-Ciudad Universitaria-Teléfono: 6197000-3208

**ACTA DE SESIÓN DE TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD EN PSICOLOGÍA**

Siendo las 16:30 horas del día viernes 8 de noviembre de 2019, en el Aula contigua al Auditorio de la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos (Ciudad Universitaria, Av. Germán Amezaga n.º 375 Lima), el Jurado Examinador de Tesis y/o Trabajo Académico presidido por la Dra. Rosa Elena Huerta Rosales e integrado por:

Dra. Rosa Elena Huerta Rosales	(Presidente)
Dr. Marcelino Riveros Quiroz	(Asesor)
Dra. María Luisa Matalinares Calvet	(Miembro)
Dr. Víctor Montero López	(Informante)
Mg. Susana Roggero Rebaza	(Informante)

Se reunió para la sustentación pública para optar el Título de la Segunda Especialidad Profesional en Psicología de la Clínica y de la Salud del Licenciado en Psicología **MANUEL JULIO SALAZAR SANCHEZ** quien procedió a la exposición de la Tesis y/o Trabajo Académico titulado **Estilos de vida en pacientes de hospitales de ESSALUD de la región de Huánuco 2018.**

Concluida la exposición, se procedió a la calificación correspondiente, de acuerdo con la Escala de Calificación que aparece en el artículo 8.º del Reglamento General de Estudios de Posgrado, obteniendo la siguiente calificación.

14 (CATORCE) APROBADO

A continuación el Presidente del Jurado Examinador recomienda que la Facultad de Psicología acuerde otorgar el Título de la Segunda Especialidad en : Psicología de la Clínica

y de la Salud

Se extiende la presente ACTA a las 18:00 del 8 de noviembre de 2019.

Dra. Rosa Elena Huerta Rosales  
Presidente

Dr. Marcelino Riveros Quiroz  
Asesor

Dra. María Luisa Matalinares Calvet  
Miembro

Dr. Víctor Eusebio Montero López  
Informante

Mg. Susana Roggero Rebaza  
Informante

## **Dedicatoria**

Para aquellos, que, en el devenir del tiempo y el espacio, su bandera y su horizonte sea: “El dar más años a la vida y más vida a los años”. A mis hijos, Antony, Thalya, Jorge, Jeffry Evans y Fabrizzio.

## **Agradecimientos**

A los docentes de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos por la disposición incondicional en el que hacer de los conocimientos en la especialidad.

A mis padres Teodoro y Teófila, a mi hermana Lourdes, quienes, con su sublime educación forjaron mi ser.

A las autoridades de la Red Asistencial de EsSalud Huánuco, a los asegurados por su apoyo incondicional.

Mi reconocimiento profundo y gratitud al Dr. Marcelino Riveros Quiroz por la dedicación incondicional en calidad de asesor.

Al Lic. en Estadística Pedro Alzola Tobar, al Dr. Bernardo Dámaso Matta asesores externos.

## ÍNDICE GENERAL

Resumen .....	xii
Summary .....	xiii
Introducción .....	1
Capítulo I .....	2
PLANTEAMIENTO DE ESTUDIO.....	2
1.1 Situación problemática: .....	2
Formulación del problema:.....	5
1.2 Justificación e importancia.....	5
1.3 Limitaciones.....	7
1.4 Objetivos.....	7
1.4.1 Objetivo general.....	7
1.4.2 Objetivos específicos .....	7
Capítulo II .....	9
Marco teórico .....	9
2.1 Antecedentes de Investigación.....	9
2.1.1 Antecedentes internacionales .....	9
2.1.2 Antecedentes nacionales .....	11
2.1.3 Antecedentes locales.....	12
2.2 Bases teóricas de la investigación.....	15
2.2.1 Salud.....	15
Salud mental.....	17
Promoción de la salud .....	18



Prevencción de la enfermedad.....	20
Promoción de la salud y prevención de la enfermedad .....	20
2.2.2 Psicología de la salud .....	22
2.2.3 Calidad de vida .....	23
2.2.4 Estilos de vida.....	25
Estilos de vida de riesgo.....	25
Estilos de vida protectoras.....	26
2.2.5 Conducta.....	27
2.2.6 Hábito.....	27
2.3 Teoría y enfoques del estilo de vida .....	27
El estilo de vida y su relación con el modo de vida .....	29
El estilo de vida y su relación con el sujeto .....	29
Los constituyentes del estilo de vida .....	30
2.4 Definición de Términos.....	32
2.4.1 Definición de conceptos .....	32
Capítulo III .....	34
Metodología .....	34
3.1 Tipo de investigación .....	34
3.2 Diseño de investigación.....	34
3.3 Población y muestra de estudio.....	34
3.3.1 Población .....	34
3.3.2 Muestra.....	35
3.4 Criterios de selección de la población a estudiar.....	36
3.4.1 Criterios de inclusión.....	36

3.4.2	Criterios de exclusión.....	36
3.5	Variable de Estudio .....	36
3.5.1	Estilos de vida.....	36
3.6	Hipótesis.....	33
3.6.1	Hipótesis general .....	33
3.6.2	Hipótesis específica .....	33
3.7	Operacionalización de variable.....	37
3.7.1	Variable estilo de vida.....	37
3.8	Instrumento.....	<b>¡Error! Marcador no definido.</b>
3.8.1	Instrumento de Medición de Estilo de Vida (Cuestionario IMEVID).	37
3.8.2	Validez de constructo.....	38
3.8.3	Confiabilidad por consistencia interna .....	40
3.8.4	Percentil del CEV EsSalud.....	42
3.9	Plan de análisis de datos.....	42
3.9.1	Procesamiento de datos .....	42
3.9.2	Prueba estadística para utilizar.....	42
Capítulo IV	.....	44
Resultados y discusión	.....	44
4.1	Prueba de normalidad de datos obtenidos del CEV EsSalud.....	44
4.2	Análisis descriptivo .....	45
4.3	Resultados para contrastar hipótesis .....	48
4.3.1	Hipótesis general .....	48
4.3.2	Hipótesis específica .....	48

4.4	Resultados por objetivos específicos .....	51
4.5	Discusión .....	71
Capítulo V .....		86
Conclusiones y recomendaciones .....		86
5.1	Conclusiones .....	86
5.2	Recomendaciones .....	87
6	Referencias .....	89
7	Anexos .....	100

## LISTA DE CUADROS

Tabla 1. Operacionalización de la variable estilo de vida .....	37
Tabla 2. Pesos factoriales de la escala de Estilos de Vida .....	40
Tabla 3. Confiabilidad por el método de consistencia interna.....	41
Tabla 4. Percentil de estilos de vida .....	42
Tabla 5. Análisis de la bondad de ajuste a la distribución normal de la variable estilos de vida .....	44
Tabla 6. Distribución por grupo etario y establecimiento .....	45
Tabla 7. Distribución por género y establecimiento .....	46
Tabla 8. Distribución por grupo etario y género .....	46
Tabla 9. Distribución por nivel educativo .....	47
Tabla 10. Estilos de vida por establecimiento.....	48
Tabla 11. Diferencias en estilos de vida por establecimientos .....	50
Tabla 12. Frecuencia de consumo de verduras.....	51
Tabla 13. Frecuencia de consumo de frutas.....	52
Tabla 14. Frecuencia de consumo de panes al día .....	52
Tabla 15. Frecuencia de consumo de porciones de arroz al día .....	53
Tabla 16. Frecuencia de agregar azúcar .....	53
Tabla 17. Frecuencia de agregar sal .....	54
Tabla 18. Frecuencia de comer alimentos entre comidas .....	54
Tabla 19. Frecuencia de comer alimentos fuera de casa .....	55
Tabla 20. Frecuencia de pedir que le sirvan más .....	55
Tabla 21. Frecuencia de realizar 15 minutos de ejercicios en la semana	56

Tabla 22 Frecuencia de estar ocupado fuera de sus actividades habituales de trabajo.....	56
Tabla 23. Frecuencia de actividades en su tiempo libre .....	57
Tabla 24. Frecuencia del hábito de fumar .....	57
Tabla 25. Frecuencia de número de cigarrillos que fuma .....	58
Tabla 26. Frecuencia de beber alcohol en la semana .....	58
Tabla 27. Frecuencia de cantidad de bebidas por ocasión.....	59
Tabla 28. Frecuencia de asistencias a charlas de salud .....	59
Tabla 29. Frecuencia de solicitar información sobre su estado de salud.	60
Tabla 30. Frecuencia de enojarse con facilidad .....	60
Tabla 31. Frecuencia de sentirse triste.....	61
Tabla 32. Frecuencia de pensamientos pesimistas sobre el futuro .....	61
Tabla 33. Frecuencia de calidad de sueño .....	62
Tabla 34. Frecuencia de cómo se siente consigo mismo .....	62
Tabla 35. Frecuencia de disfrute de tiempo libre .....	63
Tabla 36. Frecuencia de tipo de Trabajo actual.....	64
Tabla 37 Frecuencia de Número de hijos.....	64
Tabla 38. Estilos de vida de riesgo .....	67
Tabla 39. Estilos de vida protectores.....	70

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Distribución por grupo etario.....	44
--	----

**LISTA DE ANEXOS**

Anexo 1. Cuestionario de estilo de Vida .....	100
Anexo 2. Cuestionario de estilo de vida (puntaje).....	101

## RESUMEN

El estudio tuvo como objetivo conocer los estilos de vida de los pacientes del Hospital II de Huánuco y el Hospital I de Tingo María de EsSalud de la Región de Huánuco, mediante una metodología de tipo cuantitativo, descriptivo, comparativo y transversal, en una muestra de 294 asegurados, aplicándose el Cuestionario de Estilos de Vida (CEV-EsSalud). Los resultados dieron cuenta de que el consumo de verduras y la ingesta de sal es más frecuente en Huánuco; un 77% del total nunca fumaron, sin embargo, en Tingo María fuman en mayor porcentaje. Además, la población huanuqueña tiene mayor interés por conocer sobre estilos de vida que mejoren su condición de salud y acuden con mayor frecuencia a las charlas para mejorar su estilo de vida. Cabe mencionar, que la población de Tingo María duerme mejor y se siente bien consigo misma, en tanto que el disfrute del tiempo libre es mayor en la población de Huánuco. En conclusión, un 29,25% presenta un estilo de vida no saludable, un 41,16% tiene un estilo de vida en riesgo y un 29,59% cuenta con un estilo de vida saludable; no existiendo diferencias significativas por establecimiento; determinándose las conductas protectoras y de riesgo.

**Palabras clave:** *Estado de salud, Calidad de Vida, Estilos de Vida, Conductas de riesgo, conductas protectoras.*



## SUMMARY

The purpose of this study was to know the lifestyles of the patients of the Hospital II in Huánuco and the Hospital I in Tingo María. Both at EsSalud of Huánuco Region. It was done through a quantitative, descriptive, comparative and transversal methodology applying the Lifestyle Questionnaire of 294 insured people. (CEV-EsSalud). The results were that the consumption of vegetables and salt intake is more frequent in Huánuco; 77% of the total never smoked; however, in Tingo María they smoke in greater percentage. In addition, the population of Huanuco has a greater interest in learning about lifestyles that improve their health condition and go more frequently to talks to improve their lifestyle. It should be mentioned that the population of Tingo María sleeps better and feels good about themselves, while the enjoyment of free time is greater in the population of Huánuco. In conclusion, 29, 25% have an unhealthy lifestyle, 41.16% have a lifestyle at risk and 29.59% have a healthy lifestyle; there are no significant differences by establishment; determining protective and risk behaviors.

**Key words:** *State of health, Quality of Life, Lifestyles, risk behaviors, protective behaviors.*

## INTRODUCCIÓN

El presente trabajo tuvo como propósito investigar los estilos de vida de los pacientes de los hospitales de la Red Asistencial Huánuco de EsSalud, correspondiente a las a las dimensiones de alimentación, condición física, hábitos nocivos, información de salud, estado psicoemocional y situación sociolaboral; como también se determinó los estilos de vida protectoras (inmunógenos conductuales) y los estilos de vida de riesgo (patógenos conductuales); que permitirán elaborar un plan de promoción que busque incrementar y mantener los estilos de vida protectores de las personas sanas y un plan de prevención que tenga como objetivo disminuir y erradicar los estilos de vida de riesgos y no saludables en los sanos y enfermos.

Con este fin la investigación se dividió en seis capítulos, los cuales se ilustran con la ayuda de Cuadros para facilitar la lectura y la comprensión. El capítulo I está dedicado al planteamiento y formulación del problema, la justificación del estudio, las preguntas de investigación, la identificación y delimitación del problema, los objetivos, los alcances, la importancia, la utilidad y las limitaciones de la investigación. Por su parte, el capítulo II corresponde al marco teórico-conceptual, dividido en definición de términos y antecedentes en relación con el estudio a nivel nacional y local. Mientras que en el capítulo III se aborda la parte práctica de los métodos y procedimientos de la investigación, como son los diseños, las muestras, la población, las variables, la operacionalización e indicadores de variables, las técnicas e instrumentos, el procesamiento de datos, el plan de análisis y la interpretación de los datos. Para llegar al capítulo IV, donde se analiza la presentación de los datos y la discusión del estudio de investigación. Y finalmente el capítulo V, en el que se deducen las conclusiones y las recomendaciones para terminar con los referentes bibliográficos y los anexos.

## **CAPÍTULO I**

### **PLANTEAMIENTO DE ESTUDIO**

#### **1.1 Situación problemática:**

El Informe Lalonde del Ministerio Nacional de Salud y Bienestar de Canadá (1974) definió con claridad 4 variables que determinan la salud o la enfermedad, entre ellas la Tercera: Estilos de vida (conductas).

Así mismo, el Informe Lalonde (1974), describió el concepto de “campo de salud” como una herramienta analítica en la cual la biología humana, el medio ambiente y el estilo de vida se consideran significativos tanto para la salud como para el sistema de atención de esta; lo que motiva a cambiar el paradigma de curación de enfermedades a un modelo de promoción de la salud que giró entorno a estilos de vida.

Esta nueva perspectiva, del “campo de la salud” a un modelo de la salud, promueve el desarrollo de nuevas estrategias de salud que consideren a las personas como “agentes de la salud” a través de conductas participativas en el cuidado de la salud, en mantener una actitud de autovigilancia con énfasis en la práctica de estilos de vida; puesto que muchas de las enfermedades crónicas son resultado de la presencia de conductas no saludables y condiciones ambientales perjudiciales.

El incremento en la epidemiología de enfermedades no transmisibles (ENT), relacionado con factores del progreso moderno que produjo cambios culturales y ambientales derivados de la urbanización y la industrialización, despertó el interés para encontrar estrategias para el mantenimiento de salud, mejorar la calidad de vida, sobrellevar las enfermedades no transmisibles (ENT); situación que, el paradigma actual en este campo señala que la calidad del bienestar psicológico y físico depende, principalmente, de los hábitos de vida, en otras palabras, de los cambios culturales. Las ENT siempre están relacionadas con su cronicidad, al respecto el INEI (2018) informa que el 38.3% de la población nacional

peruana y el 31.9% de la población de la región de Huánuco reportó padecer algún problema de salud crónico.

Esta perspectiva del “campo de la salud”, también, tuvo un efecto teórico que cambió los modelos de salud, hoy considerados por Juares (2011) múltiples desde un panorama amplio, entre ellos tenemos: el modelo biopsicosocial, el modelo salutogénico, el modelo de salud positiva, el modelo de elección personal, el modelo de salud como bienestar, el modelo de salud como madurez, el modelo de salud como inteligencia emocional y el modelo de la salud como resiliencia.

Por esto, en la necesidad de abordar este nuevo paradigma de la salud, emergieron también las ciencias sociales con sus especialidades; en la psicología, por ejemplo, está la psicología de la salud, que se ha desarrollado hacia un enfoque centrado en la salud humana, en el funcionamiento positivo, habiendo comenzado en la enfermedad y la disfunción (Labiano, 2010), esta última afirmación se refiere a la psicología clínica.

Es importante decir que la sociedad de consumo, iniciada en Europa y en los Estados Unidos, que empezó en la época de la post guerra con el primer Mc Donalds en 1955. Esta civilización del consumo trajo consigo una revolución en los comportamientos que, poco a poco, fueron introduciendo cambios importantes en los hasta entonces habituales y sanos comportamientos (Arte historia, s.f., párr. 1). Esto es central para entender la perspectiva integral, dado que desde ella los estilos de vida no pueden ser aislados del contexto social, económico, político y cultural al cual pertenecen.

Con este propósito se hace hoy necesario educar y promover en las personas, para hacer elecciones acertadas en sus estilos de vida y desarrollar conductas de autocuidado que constituyan una acertada estrategia fundamental, y para ello la Educación para la Salud es una herramienta imprescindible; Salamanca y Giraldo (2012) considera que se debe elaborar proyectos e intervenciones para la comunidad desde una

estrategia en base modelos cognitivos y cognitivo sociales como el modelo de Creencias en Salud (MCS), de las teorías de acción razonada (TAR) y acción planeada (TAP).

La prevención, entendida como el poder de decidir cuanto y cómo se desea vivir, resulta vital; es decir. saber elegir el camino de la prevención puede anticipar muchas enfermedades, entonces se puede deducir que la disminución y control de conductas de riesgo al promover conductas saludables en ciertos sectores de la población y en poblaciones concretas, como asegurados y trabajadores de EsSalud, puede proporcionar enormes beneficios en términos de gastos económicos y costos psicosociales a la economía peruana, el INEI (2018) informa que se destina un total de 13,035 millones de soles para el sector de salud pública; en este caso que EsSalud, institución paraestatal, tiene una cobertura de asegurados del 35.7% (11,493,440) de la población peruana y un presupuesto asignado de 10,647 millones de soles.

Sobre los estilos de vida en la Región de Huánuco, Ruiz et al. (2014), en un estudio sobre estilos de vida y estado nutricional de los estudiantes de la Universidad de Huánuco, observaron que alrededor de la mitad de la muestra tenían prácticas no saludables en lo que respecta a la actividad física, [52,9% (182)] y en el autocuidado. Por su parte, Daza (2014), encontró que un 7,2% de los estudiantes universitarios tenían estilos de vida no saludables (9).

Exaltación (2016), sobre la práctica de estilos de vida, en su estudio demostró que, los pacientes con Diabetes tipo II tuvieron en general prácticas de estilos de vida no saludables

Veramendi (2012), en un estudio en amas de casa sobre el efecto de estrategias de enseñanza en estilos de vida saludables, demostró que posterior a la aplicación de mencionada estrategia, las amas de casa mejoraron sus estilos de vida sobre todo en alimentación, ejercicios, descanso y sueño, hábitos nocivos, estrés y control médico.

Los estudios sobre estilos de vida en la Región de Huánuco realizados por Ruiz et al. (2014 - 2016) y Albino (2018), fueron realizadas en muestras de estudiantes universitarios de una universidad privada; por otro lado, Exaltación (2016), realiza un estudio en pacientes con diabetes tipo II. Veramendi (2012) en una muestra de amas de casa. No encontrándose evidencias de estudios en personas usuarias de EsSalud quienes en general padecen de una enfermedad o tienen un pre-diagnóstico o un diagnóstico determinado de enfermedad, motivo por el cual llevo a plantearse los problemas del presente estudio que describa la práctica de estilos de vida en pacientes de la Red Asistencial de EsSalud de Huánuco.

### **Formulación del problema:**

Por lo expuesto líneas arriba, se hace necesario plantear un estudio que nos permita conocer las características de las dimensiones de los estilos de vida en pacientes y así mismo compararlo entre los centros hospitalarios de EsSalud de la Región Huánuco, y finalmente permita obtener información sobre los estilos de vida de riesgo y protectores, surgiendo en consecuencia la interrogante a investigar.

Como problema general se plantea:

¿Cuáles son las peculiaridades de los estilos de vida en pacientes de Hospitales de EsSalud de la Región de Huánuco 2018?

## **1.2 Justificación e importancia**

En el periodo 2003-2007, EsSalud considera como Objetivos Estratégicos Institucionales:

a) Mejorar la salud y la calidad de vida con un sistema de Seguridad Social centrado en el usuario y, b) Otorgar prestaciones integrales orientadas a la atención primaria, con equidad, calidad y eficiencia” (Oficina Central de Planificación EsSalud, 2003, p. 7), a través de la aplicación de un modelo de atención Integral con un enfoque biológico-psicológico y social.

Mediante la resolución de Presidencia Ejecutiva N° 065-PE-ESSALUD-2005, publicada el jueves 3 de febrero en el Boletín de Normas Legales del diario oficial El Peruano, se resolvió declarar el año lectivo 2005 en el ámbito del Seguro Social (EsSalud) como "Año de la prevención y de la promoción de la salud: Prevenir es cuidar mi salud". Se orientaron todas las actividades y acciones a realizar en el marco de la institución, en buscar motivar y desarrollar en la población asegurada la importancia del autocuidado de la salud; y, en general, el conocimiento de los beneficios de la prevención de la enfermedad.

Y Con RGG N° 487 -GG-ESSALUD-2014, que aprueba la estructura de la "Cartera de Servicios de Salud de Complejidad Creciente (CSSCC) del Seguro Social de Salud - EsSalud", donde la estructura en prestaciones de salud se plantea por etapa de vida, dirigidas a la persona, a la familia e intervenciones a la comunidad; y sobre las prestaciones de promoción de la salud propone intervenciones educativo comunicacionales, tanto individuales como colectivas, enmarcadas en los ejes temáticos priorizados y el contexto local: Actividad física, alimentación y nutrición saludables; y sobre las intervenciones de prevención realizadas a través de exámenes de tamizaje, inmunizaciones, suplementación;

De lo mencionado, párrafos arriba, se realizan las campañas a nivel nacional de Prevención y Promoción de la Salud en todo el país. Prueba de ello son las diversas actividades que ha planificado cada red asistencial para difundir esta campaña, en especial con la promoción de la práctica de estilos de vida saludables y que en la actualidad se desconocen sus efectos y los resultados, por ello es importante investigar y conocer los estilos de vida de los pacientes de los servicios asistenciales de EsSalud.

**Justificación Teórica:** Hoy en día la Gerencia Central de EsSalud tiene como objetivo disminuir la incidencia y prevalencia de enfermedades no transmisibles crónicas (ENTC) como la hipertensión arterial y diabetes mellitus, que también están asociadas a otras enfermedades como el sobrepeso, osteoporosis, problemas articulares, cáncer y trastornos

cardiovasculares. Estas ENTC se relacionan, entre otros aspectos, con la calidad de la alimentación y la presencia de estilos de vida no saludables, sin embargo, no existiendo estudios locales al respecto, se hace necesario el presente estudio por brindar aporte teórico del estado actual de los estilos de vida.

**Justificación práctica:** El estudio identificara las conductas de riesgo y conductas protectoras de los estilos de vida de los asegurados de EsSalud para que posteriormente se implemente estrategias de intervención oportuna mediante programas integrales de salud. Y se busca que frente a estos resultados las autoridades tomen acciones y estrategias conjuntas para intervenir en los puntos relevantes de la salud y el bienestar del asegurado con la promoción de entornos saludables.

**Justificación metodológica:** Este estudio permite también contar con un instrumento sobre estilos de vida que psicométricamente adaptado a la realidad de la región de Huánuco contando así con un percentil para el uso de profesionales, investigadores y para los usuarios de EsSalud.

### **1.3 Limitaciones**

Una de las limitaciones fue la distancia en que se encuentra el Hospital I de Tingo María de EsSalud, aunado a ello la idiosincrasia, para el acceso a la entrevista a los pacientes.

### **1.4 Objetivos**

#### **1.4.1 Objetivo general**

- Conocer la homogeneidad de los estilos de vida por establecimientos en pacientes de Hospitales de EsSalud de la Región de Huánuco 2018.

#### **1.4.2 Objetivos específicos**

- Conocer la homogeneidad de los comportamientos en las dimensiones de los estilos de vida de los pacientes por



establecimientos Hospitalario de EsSalud de la Región de Huánuco 2018.

- Identificar los estilos de vida en las dimensiones de alimentación, actividad física, conductas nocivas, información en salud, estado psicoemocional y sociolaboral en pacientes de Hospitales de EsSalud de la Región de Huánuco 2018.
- Identificar los estilos de vida de riesgo en pacientes de Hospitales de EsSalud de la Región de Huánuco 2018.
- Identificar los estilos de vida protectoras en pacientes de Hospitales de EsSalud de la Región de Huánuco 2018.

## CAPÍTULO II

### MARCO TEÓRICO

#### 2.1 Antecedentes de Investigación

##### 2.1.1 *Antecedentes internacionales*

En España, Arrebola et al. (2013), realizaron un estudio sobre variables predictores de baja adherencia a un programa de modificación de estilos de vida para el tratamiento del exceso de peso en atención primaria, cuando los sujetos del estudio acudían a menos del 80% de las visitas quincenales fue considerada como una baja adherencia al programa, de los cuales 27 sujetos (45%) se adhirieron al programa. Las variables relacionadas a baja adherencia al inicio del estudio fueron el período de exfumador, mayor contenido calórico de la dieta y menor práctica de ejercicio físico. Y a los 6 meses, quienes finalizaron el programa, presentaron una disminución significativa de peso, porcentaje de masa grasa, y glucemia, como también mejoró el perfil calórico en su dieta, disminuyendo el porcentaje de grasa sobre el valor calórico total. Concluyendo que, las variables basales identificadas como predictores de una baja adherencia a un programa de Modificación de Estilos de Vida para el tratamiento de sobrepeso y obesidad en Atención Primaria fueron el haber dejado de fumar recientemente, padecer obesidad de grado dos o superior, el alto contenido calórico de la dieta y la menor práctica de ejercicio físico fueron.

En España, Miqueleiz et al. (2015), hicieron un estudio de Hábitos de vida y estilos de cuidado de los progenitores relacionados con la obesidad infantil en comparación de una población española con poblaciones de países del Norte de Europa mediante el proyecto internacional ENERG, en una población de 2,061 niñas y 1,937 niños de 10 a 12 años de edad; los resultados indicaron que, en análisis con los progenitores del Norte de Europa, los padres españoles consumen bebidas azucaradas menos días en

la semana, (Media: 1,37 vs 2,16) pero consumen más jugos de frutas (Media: 2,61 vs 2,35). Los progenitores españoles son más activos yendo a su labor, son menos sedentarios, sin embargo, realizan actividad física en su tiempo libre menos días a la semana (Media de días por semana que realizan actividad física en su tiempo libre: 1,88 vs 2,21). También, son menos negociadores con sus hijos (Media (0-4): 1,26 vs 1,68) y obvian menos los modelos negativos de conducta (Media (0-4): 0,90 vs 1,29). Ergo, prestan más atención (Media (0-4): 3,42 vs 3,04) y estimulan más los hábitos saludables (Media (0-4): 2,38 vs 2,06).

Miqueleiz et al. (2015) afirman que, hay diferencia entre los progenitores españoles y los de los países del Norte de Europa sobre las variables relativas a hábitos de vida y a estilos de cuidado concernientes con la obesidad infantil, aunque estos contrastes no son estadísticamente significativos. “Por lo tanto, las diferencias en los estilos de vida y estilos de cuidado de los progenitores probablemente no expliquen las diferencias en la obesidad infantil entre los países del Norte y España”. (p. 523)

En Colombia, Suescún et al. (2017), desarrollaron un estudio sobre Estilos de vida en estudiantes de una universidad de Boyacá, Colombia, en 109 estudiantes universitarios en promedio de edad de 20 a 75 años, aplicaron un instrumento de hábitos de vida saludables y medidas antropométricas. Los resultados que obtuvieron indican que un 38.5% presentó estilo de vida saludable. Sus promedios fueron en relación a la talla de 1.59cm, peso de 56.34kg e índice de masa corporal (IMC) de 22 16 m/t2. Los comportamientos frente a la presencia o no de un estilo de vida saludable fueron estadísticamente significativos:  $p=0.019$  para realizar 30 minutos de actividad física al menos tres veces por semana;  $p=0.050$  si le gustaría realizar más o mejor actividad física regularmente;  $p=0.046$  si ingiere frutas, verduras, granos y alimentos sin procesar; y  $p=0.008$  al dormir entre 7 y 8 horas. Concluyeron que hubo un alto porcentaje de participantes sin estilos de vida saludables, según factores como abandono del domicilio familiar, interacción con personas de diferentes sitios de origen, cambio en hábitos

nutricionales, actividades académicas y patrones de sueño y descanso, los cuales interfieren en el intento por mantener una vida saludable”. (p. 227)

### **2.1.2 Antecedentes nacionales**

Cáceres (2016), en Lima, realizó un estudio sobre los estilos de vida en pacientes del programa de hipertensión arterial del Hospital I Carlos Alcántara Butterfield, los datos se obtuvieron mediante un cuestionario para luego realizar un análisis descriptivo transversal, demostrando que el 71% de los pacientes refieren practicar estilos de vida no saludables y solo el 29% estilos de vida saludables. Además, en los estilos de vida con respecto a los hábitos alimenticios, el 93% consumen pollo tres veces por semana, el 80% agua diariamente, el 78% verduras a diario, el 62% frutas, el 51% huevos tres veces por semana; sin embargo, el 93% consumen más sal en 3 alimentos al día, el 89% preparan alimentos guisados, el 73% de los pacientes realizan actividad física y caminatas diariamente, y el 71% realizan caminatas mínimo 30 minutos diarios”. (p. 6)

Vilca (2017), en Lima, desarrollo un estudio que determino el estilo de vida en el profesional de enfermería del servicio de emergencia del hospital Cayetano Heredia, en una población de 68 enfermeros, obteniendo que el 59% de los profesionales de enfermería tienen un estilo de vida saludable y el 41% es no saludable. Sobre la dimensión crecimiento espiritual el 96% de las enfermeras tienen estilos de vida saludable y el 4% es no saludable, en proporción a relaciones interpersonales el 88% las enfermeras presentan estilos de vida saludable y el 12% no saludable, respecto a nutrición saludable el 60% de ellas tienen estilos de vida saludable y el 40% no saludable Así mismo en la responsabilidad en salud el 52% de enfermeras tienen estilos de vida saludable y el 48% es no saludable, en actividad física el 80% no tienen estilos de vida saludable y el 20% es saludable, en el manejo del estrés el 63% de los enfermeros no tienen estilos de vida saludable y el 37% es saludable. Concluye determinando que un mayor porcentaje tienen estilos de vida saludable y que el mayor porcentaje tienen estilos de vida saludable en las dimensiones responsabilidad en salud,

nutrición saludable, crecimiento espiritual y relaciones interpersonales y el menor porcentaje de enfermeros tienen estilos de vida no saludable en la dimensión actividad física y manejo del estrés. El área crítica del estilo de vida del profesional de enfermería está en la dimensión actividad física”. (p. 8)

Rafael & Paredes (2016), en Lima, identificaron el estilo de vida de los profesionales de enfermería del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen, en una población de 170 profesionales, utilizando el cuestionario de Marcos (2012), obtuvieron que el 63,5% presenta un estilo de vida no saludable y solo el 36,5%, un estilo de vida saludable; sobre los resultados por dimensiones, en relación a actividad física y deporte: el 35,9% es saludable y el 64,1% no saludable; en cuanto a alimentación: el 37,6% es saludable y 62,4% no saludable; en relación a recreación: el 37,1% es saludable y 62,9% no saludable; sobre el descanso: el 31,2% saludable y 68,8% no saludable; en cuanto al manejo del estrés: el 37,1% saludable y 62,9% no saludable; y finalmente sobre los hábitos de consumo: el 37,1% es saludable y 62,9% no saludable. Concluyendo que se hace necesario estrategias educativas de los programas de promoción de la salud encaminados a los profesionales de enfermería con el fin de disminuir la probabilidad de presentar comportamientos no saludables y disminuir los inevitables riesgos de morbilidad. (p. 39)

### **2.1.3 Antecedentes locales**

Campos (2009), en Huánuco, realizó un estudio sobre los estilos de vida y los valores interpersonales según la personalidad en jóvenes del departamento de Huánuco, con el objetivo de determinar la medida en que los estilos de vida y los valores interpersonales difieren según la categoría en la que se ubican dentro de cada factor de personalidad de Caprara y Barbaranelli en los jóvenes del departamento de Huánuco. El método fue descriptivo correlacional, la muestra estuvo conformada por 374 jóvenes de ambos sexos a quienes se les aplicó el Cuestionario BFQ “Big Five”, el Cuestionario de Valores Interpersonales “SIV” y el Cuestionario de Estilos de

Vida. La validez y confiabilidad de dichos instrumentos fueron debidamente demostradas adaptando a baremos peruanos. Los resultados evidencian que los factores de personalidad del Big Five, no plantean diferencias significativas sobre los estilos de vida y los valores interpersonales.

Exaltación (2016), en Huánuco, desarrollo un estudio sobre las prácticas de estilos de vida de los pacientes con Diabetes tipo II de la Estrategia Sanitaria de Daños No Transmisibles de un establecimiento de salud, mediante un estudio descriptivo simple en 40 pacientes diabéticos; utilizando una guía de entrevista y una escala para medir estilos de vida en pacientes, los resultados indican que en general, el 67,5% de pacientes tuvieron prácticas de estilos de vida no saludables  $p \leq 0,027$ . En la dimensión hábitos nutricionales, el 52,5% tuvieron estilos de vida saludables  $p \leq 0,752$ ; en la dimensión actividad física, el 85,0% presentaron estilos de vida no saludables  $p \leq 0,000$ ; en la dimensión hábitos nocivos, el 92,5% tuvieron estilos de vida saludables  $p \leq 0,000$ ; en la dimensión información sobre diabetes, el 90,0% presentaron estilos de vida no saludables  $p \leq 0,000$ ; en la dimensión estado emocional, el 95,0% tuvieron estilos de vida no saludables  $p \leq 0,000$ ; y por último, en la dimensión adherencia terapéutica, el 87,5% presentaron estilos de vida no saludables  $p \leq 0,000$ . Concluyendo que, los pacientes con Diabetes tipo II considerados en el presente estudio tuvieron en general prácticas de estilos de vida no saludables.

Ortiz y Ruiz (2016), en Huánuco, realizaron un estudio sobre predictores biosocioculturales y estilos de vida de los estudiantes universitarios de una Universidad de Huánuco, mediante un estudio cuantitativo, transversal, analítico, prospectivo y observacional en una población de 3261 estudiantes de la Universidad Privada de Huánuco, con una muestra de 343,7 estudiantes, seleccionados probabilísticamente, a quienes se les aplicó un cuestionario de predictores y una escala de estilos de vida, previamente validados, se comprobó la relación entre la condición de pertenecer al grupo adolescente y la realización de trabajo paralelo al estudio con el estilo de vida poco saludable; el pertenecer al género masculino se relaciona con el estilo de vida saludable. No hubo relación entre la procedencia de la zona

urbana, la tenencia de algún compromiso conyugal, la tenencia de alguna religión y la condición de cursar más del VI ciclo académico con el estilo de vida saludable. Concluyendo que, los predictores biológicos están relacionados con los estilos de vida saludable y poco saludables de los estudiantes

Rivera y Gómez (2016), en Huánuco, desarrollaron un estudio sobre el impacto de la educación alimentaria y actividad física en la certificación de trabajador saludable en el Hospital I Tingo María EsSalud, mediante un estudio cuasiexperimental en una población de 75, que participaron en un programa de educación alimentaria y actividad física durante un período de 08 semanas, demostrándose que 65 (87%) aprobaron y pudieron acreditar valores normales para los indicadores considerados en el estudio, por tanto, certificados como trabajadores saludables, mientras 10 trabajadores (13%) no aprobaron y no accedieron a la certificación. Hubo un incremento de 08 puntos porcentuales (06 trabajadores) entre la primera y la segunda evaluación. Concluyeron que el programa educación alimentaria y actividad física aplicado, tuvo efectos positivos en el incremento del número de trabajadores que accedieron a la certificación de trabajador saludable; obteniéndose una diferencia significativa en la prueba de hipótesis  $t = 1\,243$  para  $p < 0,05$ , respecto al control pretest, alcanzándose logros positivos en un promedio de 87% de casos. (p. 95)

Reynaga (2017), en Huánuco, en un estudio determino los estilos de vida que practican los estudiantes de la Escuela Académico Profesional de Ingeniería Industrial De La Universidad Nacional Hermilio Valdizán de Huánuco, mediante un estudio descriptivo en una muestra aleatoria de 225 estudiantes universitarios, utilizando un cuestionario de Estilos de Vida, demostró que los estilos de vida que practican los estudiantes son poco saludables donde un 41,8% tanto la actividad física y la alimentación saludable lo practican “a veces”, y un 47,1% el consumo de alcohol y tabaco suele ser “a menudo”. Por lo que concluye que los estilos de vida que practican los estudiantes de la Escuela Académico Profesional de Ingeniería

Industrial de la Universidad Nacional Hermilio Valdizán son poco saludables.  
(p. 5)

## **2.2 Bases teóricas de la investigación**

### **2.2.1 Salud**

La Organización Mundial de la Salud desde 1948 expone y la sostiene hasta la actualidad (OMS, 2018), la definición de salud como un estado de completo de bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades. La cita procede del Preámbulo de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud, que fue adoptada por la Conferencia Sanitaria Internacional, celebrada en Nueva York del 19 de junio al 22 de julio de 1946, firmada el 22 de julio de 1946 por los representantes de 61 Estados (Official Records of the World Health Organization, N° 2, p. 100).

La salud, según esta definición, sugiere que va mucho más allá de un esquema biomédico, por lo que se sugiere que abarca la esfera subjetiva y del comportamiento del ser humano en sociedad implicando un concepto positivo y diferentes grados de vitalidad y funcionamiento adaptativo, así como una capacidad para desenvolverse positivamente frente a los retos del ambiente teniendo en cuenta los recursos personales, sociales (Oblitas, 2004 como se citó en Instituto Tecnológico de Sonora, s.f.), (OMS, 1985 como se citó en Cueva, s.f., párr. 6).

Al respecto, sobre el término “completo estado de bienestar”, Juárez (2011) hace hincapié de que se debe involucrar la presencia de características positivas.

Últimamente se ha originado un cambio fundamental en la concepción de la salud y de la enfermedad, el modelo actual examina la complejidad de estos constructos, pues accede que los factores psicosociales impresionan los sistemas corporales, el cual altera la vulnerabilidad del individuo ante los procesos patológicos.



De lo expuesto, cabe mencionar, que existen diferentes aproximaciones que inciden en la interpretación múltiple que tiene el concepto de salud, ya que es un término complejo, y así mismo, este se ve influenciada por la condición histórico-social de los teóricos. Una definición integral es de quienes señalan que la salud es un momento relativo, es decir, un período de salud-enfermedad cambiante, variable, individual y colectivo, producto de todos los determinantes sociales genéticos, biológicos y ecológicos que se originan en la sociedad, se distribuyen socialmente y se enuncian en nuestra biología (San Martín, Pastor, 1998 como se citó en Valenzuela 2016, p. 55)

El Informe Lalonde del Ministerio Nacional de Salud y Bienestar de Canadá (1974) definió con claridad 4 variables que determinan la salud o la enfermedad:

- Estilos de vida y conductas de salud (drogas, sedentarismo, alimentación, estrés, conducción peligrosa, mala utilización de los servicios sanitarios).
- Biología humana (constitución, carga genética, desarrollo y envejecimiento).
- Medio ambiente (contaminación física, química, biológica, psicosocial y sociocultural).
- Sistema de asistencia sanitaria (mala utilización de recursos, sucesos adversos producidos por la asistencia sanitaria, listas de espera excesivas, burocratización de la asistencia)

Entendiendo que la salud es un estado y a la vez un proceso, se considera que la salud es un recorrido dinámico cambiante y si consideramos que permanentemente sufrimos variaciones en nuestro medio interno, físico y psicológico como también en nuestra vida social, las cuales suponen constantes reestructuraciones de nuestros esquemas internos, ello permitiría no percibir a la salud como algo a conservar sino más bien a desarrollar (Becoña, Vázquez & Oblitas, 2000 como se citó en Labiano, 2010, p. 4). En tanto, la situación de salud no depende exclusivamente de las acciones de

los servicios de salud, sino también de las personas y comunidades; entonces es vital considerar los determinantes sociales: determinantes estructurales y determinantes intermediarios.

El paradigma actual en este campo señala que la calidad del bienestar psicológico y físico depende, principalmente, de nuestros hábitos de vida”. (Labiano, 2010, p. 4)

Por lo anterior, para desarrollar la salud, el objetivo está en hacer lo más lento el envejecimiento biológico, al incrementar la vitalidad, que favorece un mejor nivel de funcionamiento psicobiológico.

### ***Salud mental***

La OMS (2013), define la salud mental como un “estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad”.

Por otro lado, el Ministerio de Salud del Perú (MINSA), en el Plan Nacional de Fortalecimiento de Servicios de Salud Mental Comunitaria 2018 – 2021, propone con un visión holística, que la salud mental es un proceso dinámico biopsicosocial en comunidad y; que muestran su vínculo inextricable con la salud física y el bienestar social. “Esta interrelación, indica que la salud mental es decisiva para asegurar el bienestar general y progreso de las personas, familias y colectividades”. (MINSA, 2018, p. 13)

También MINSA (2018), en los Lineamientos de Política Sectorial en Salud Mental Perú 2018, sobre la salud mental la considera como un bien social, históricamente determinado y vinculado a las condiciones de vida de los diferentes grupos sociales. Y es definida como un estado dinámico de bienestar que se forja en todos los contextos de la vida diaria, los hogares, la escuela, los centros de trabajo y los espacios de recreación; se expresa a través del comportamiento y la interacción interpersonal. La dimensión positiva de la salud mental se relaciona directamente con el bienestar

emocional, la satisfacción por la vida, la capacidad empática o actitud prosocial, el autocontrol, la autonomía para resolver problemas, el bienestar espiritual, las relaciones sociales, el respeto por la cultura, la equidad, la justicia social y la dignidad personal.

### ***Promoción de la salud***

La promoción de la salud es parte integral de la atención primaria, la OMS la definió como el:

Primer nivel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el sistema nacional de salud, llevando lo más cerca posible la atención de salud al lugar donde residen y trabajan las personas y constituye el primer elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria. (Declaración de Alma-Ata, 1978 como se citó OMS, 1989, p. 13)

Esta definición tiene como preocupación central, hoy en día, en encontrar las maneras de ayudar a los individuos y comunidades a llegar a ser autorresponsables con su salud.

La Carta de Ottawa (1986) para la promoción de la salud describió lo siguiente:

La promoción de la salud consiste en proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma. Para alcanzar un estado adecuado de bienestar físico, mental y social, un individuo o grupo debe ser capaz de identificar y realizar sus aspiraciones, de satisfacer sus necesidades y de cambiar o adaptarse al medio ambiente. La salud se percibe pues, no como el objetivo, sino como la fuente de riqueza de la vida cotidiana. Se trata por tanto de un concepto positivo que acentúa los recursos sociales y personales, así como las aptitudes físicas. Por consiguiente, dado que el concepto de salud como bienestar trasciende la idea de formas de vida sanas, la promoción de la salud no concierne exclusivamente al sector sanitario. (p. 2)

“En 1987, la OMS definió la promoción de la salud como el proceso de capacitar a la población para que aumente el control sobre su propia salud y la mejore” (como se citó en Fiorentino, 2010, p. 57).

Por otra parte, Turabián (1993) como se citó en Fiorentino (2010), también hace referencia a que los objetivos específicos de la promoción de la salud serían: “Cambiar conocimientos y creencias, modificar actitudes y valores, aumentar la capacidad para tomar decisiones, cambiar comportamientos, establecer ambientes sanos, conseguir cambios sociales hacia la salud y, favorecer la capacidad y el poder de individuos, grupos y comunidades” (p. 57).

MINSa (2017), con la finalidad de contribuir a la mejora de la salud pública del país, mediante el fortalecimiento de la Promoción de la Salud como función esencial de la salud pública en todas las políticas de las instituciones públicas y privadas en el país, se generó el documento técnico de lineamientos de política de promoción de la salud, en el marco del abordaje de los Determinantes Sociales de la Salud y la Gestión Territorial en Salud, Incumbe al gobierno nacional, regional, local asegurar que las acciones se desarrollen en cumplimiento de sus funciones, teniendo en cuenta los lineamientos, para lograr el objetivo de un país con equidad en salud. (p. 28) Estos lineamientos son:

Lineamiento 1: La Salud como eje fundamental e integrador de todas las políticas públicas.

Lineamiento 2: La persona, la familia y la comunidad como el centro de la gestión territorial en salud.

Lineamiento 3: Abordaje de los determinantes sociales de la salud para el cierre de brechas de inequidad en salud.

Lineamiento 4: Empoderamiento y participación social en salud.

Cabe indicar que dentro del Lineamiento 3, se aborda el tema de promover estilos de vida saludables, considerado como el determinante social de enorme importancia en salud, y que es indispensable en todo sistema de

salud, planificar y ejecutar actividades cuyo objetivo sea que las personas y las familias obtengan y practiquen comportamientos saludables, lo que repercutirá en el autocuidado de su salud.

### ***Prevención de la enfermedad***

La OMS (1984) como se citó en OMS (1998) afirma al respecto:

La prevención de la enfermedad aborda las acciones destinadas no solamente a prevenir la aparición de la enfermedad, tales como la disminución de los factores de riesgo, sino también a contener su avance y mitigar sus consecuencias una vez establecida. (p. 13)

Cuando se aborda la prevención de cualquier enfermedad se toma en cuenta los niveles de prevención, que a continuación se detalla:

La prevención primaria: evita la adquisición de la enfermedad (vacunación, eliminación y control de riesgos ambientales, educación sanitaria, etc.).

La prevención secundaria: va encaminada a detectar la enfermedad en estadios precoces en los que el establecimiento de medidas adecuadas puede impedir su progresión.

La prevención terciaria: comprende aquellas medidas dirigidas al tratamiento y a la rehabilitación de una enfermedad para ralentizar su progresión y, con ello la aparición o el agravamiento de complicaciones e invalidades e ir intentando mejorar la calidad de vida de los pacientes.

Se habla en ocasiones de prevención cuaternaria que tiene que ver con las recaídas.

### ***Promoción de la salud y prevención de la enfermedad***

La prevención trata de evitar adquirir la enfermedad, también de detectarla e impedir su progresión, así como dirigir el tratamiento rehabilitativo, es decir su orientación tiene que ver con la patología; mientras que la promoción se encarga de la salud con una visión positiva, pues apunta hacia la vida, el desarrollo y la realización del ser humano.

En este sentido la promoción de la salud implica principalmente quehaceres educativos, convincentes y motivacionales orientados al conocimiento y la predilección por las conductas saludables.

Fiorentino (2010) afirmó que la, Promoción de la salud está más relacionada con espacios sociales y apunta hacia el bienestar comunitario, estimula la exposición a factores protectores de la salud y promueve la adquisición de estilos de vida saludables por parte de grupos humanos extensos, por lo que pretende labrar ambientes en los cuales se faciliten, al máximo, las mejores opciones para la salud. (p. 58)

Por el contrario, la prevención pertenece a ámbitos clínicos y su objetivo es evitar una enfermedad específica. Amigo y Fernández (1998) como se citaron en Fiorentino (2010), consideraron que la:

Prevención consiste en aquella intervención dirigida a reducir o eliminar los comportamientos riesgosos para el desarrollo de algún tipo de enfermedad; mientras que las intervenciones referidas a la promoción tienen como objetivo adquirir y mantener comportamientos saludables y, por consiguiente, mejorar la calidad de vida. (p. 59)

Además, Stokols (1992) como se citó en Labiano (2010) aseveró que la:

Promoción de la salud comprendería el papel de los individuos grupos y organizaciones como agentes fundamentales para el desarrollo de prácticas y políticas de salud para mejorar el bienestar individual y colectivo. La prevención de la enfermedad se limitaría al ámbito clásico de la salud, destacando el papel que desempeñan los profesionales sanitarios y las administraciones públicas de la salud. La prevención primaria hace referencia a las actividades encaminadas a impedir o disminuir la probabilidad de padecer una enfermedad, así como a proteger y promover la salud. (p. 12)

### **2.2.2 Psicología de la salud**

Sobre el desarrollo y las perspectivas de la psicología de la salud se tiene un desarrollo teórico amplio planteado por Labiano (2010), quien afirmó lo siguiente:

La Asociación Psicológica Americana crea en 1978. La *Health Psychology*, la división de la psicología de la salud, hacia la cual confluyen distintas disciplinas de la psicología para el surgimiento de esta nueva área: experimental, social, clínica, fisiológica, desarrollo de estudios epidemiológicos, etc. Al año siguiente de su creación, publicó el primer manual: *Health Psychology. A Handbook*". (p. 15)

Por otra parte, Matarazzo (1980) definió la psicología de la salud como: "la suma de las contribuciones profesionales, científicas y educativas específicas de la psicología como disciplina, para identificación de los correlatos etiológicos y diagnósticos de la salud, la enfermedad y la disfunción asociada, además del mejoramiento del sistema sanitario y la formulación de una política de la salud". (Como se citó en Labiano, 2010, p. 15)

Amigo y otros (1998) como se citó en Labiano (2010) sostuvieron que en la definición se enfatizan cuatro aspectos:

“1: Promoción y mantenimiento de la salud (a través de una mejor alimentación, práctica habitual de ejercicio físico, aprendizaje de resolución de conflictos, desarrollo de habilidades sociales, etcétera).

2: Prevención y tratamiento de la enfermedad (a través de la modificación de hábitos insanos tales como el cigarrillo y el abuso de alcohol, aprendizaje de nuevos estilos de vida para superar una determinada enfermedad, etcétera).

3: Estudio de la etiología y correlaciones de la salud, enfermedad y disfunciones (estudios retrospectivos y longitudinales que explican las causas de la salud o de la enfermedad).

4: Estudio del sistema sanitario y la formulación de una política de salud (efecto del sistema sanitario en el comportamiento de la población: recomendaciones para mejorar el cuidado de la salud).

La psicología de la salud está centrada en intervenciones a nivel individual, de profesionales de la salud y de la organización sanitaria (por ejemplo, a través de programas de salud). Los diferentes tipos de intervenciones están dirigidas a:

- Modificar actitudes, promoviendo y mejorando la salud.
- Modificar procesos fisiológicos, previniendo y tratando la enfermedad.
- Implementar campañas de educación dirigidas a la comunidad.
- Mejorar el sistema sanitario a través de la creación de políticas sanitarias adecuadas". (p. 16)

Evidentemente, la psicología actual se enfoca cada vez más en potenciar los aspectos saludables de las personas, abandonando los antiguos esquemas centrados en la patología individual. De tal modo, las áreas indiscutibles de intervención en psicología de la salud son la prevención y la promoción de la salud, puesto que la mayoría de las definiciones las defienden (Oblitas, 2010).

### **2.2.3 Calidad de vida**

Sobre la definición de calidad de vida Ursúa y Caqueo (2012) expresaron que no existe una sola definición, puesto que el concepto deviene de tres ramas de las ciencias, como es la economía, la medicina y las ciencias sociales, y además está en relación con la expresión subjetiva de la persona y no de un tercero.

Este "juicio subjetivo del grado en el que se ha alcanzado la felicidad, la satisfacción o como un sentimiento de bienestar personal, está determinado por indicadores "objetivos" biológicos, psicológicos, comportamentales y sociales" (Diener, 1984 como se citó en Máximo, 2007, p. 67).



En tal sentido, Andrew (1991) cómo se citó en Otero (1998) sostuvo que, la significación de calidad de vida abarca el reconocimiento de que los beneficios materiales logrados por la especie humana en la actualidad se han obtenido a expensas de elementos como el descanso físico y mental reparador y creativo; de la recreación, actividad lúdica y comunicativa de la vida familiar integradora y educativa; y de otros componentes que confortan el espíritu y le dan sentido a la vida. (párr. 13)

La OMS (1994), por su parte, definió la calidad de vida “como la percepción del individuo sobre su posición en la vida dentro del contexto cultural y el sistema de valores en el que vive y con respecto a sus metas, expectativas, normas y preocupaciones”.

Este es un concepto multidimensional y complejo que incluye aspectos personales como salud, autonomía, independencia, satisfacción con la vida y aspectos ambientales como redes de apoyo y servicios sociales, entre otros. (Botero & Pico, 2007, p. 11)

La calidad de vida estaría relacionada entonces con un estilo de vida positivo. En otras palabras, es responsabilidad de cada individuo, es una resultante de su propio comportamiento y depende de sus hábitos de alimentación, sueño, conductas no adictivas; como también de la práctica de ejercicio, afrontamiento de estrés familiar y laboral, factores socioeconómicos, satisfacción de la relación conyugal, pasatiempos e interesantes, realización de actividades estéticas, etcétera (Oblitas, 2010).

Por todo esto, si se conjugan las dos definiciones anteriores y lo objetivo-subjetivo con lo individual y colectivo, la definición de calidad de vida podría sintetizarse en la conceptualización multidimensional que hace la psicóloga Rocío Fernández Ballesteros, en la cual globaliza la participación de factores personales y socio-ambientales para alcanzar una satisfacción de necesidades que origine calidad de vida y por consiguiente su desarrollo.

Entre los factores personales la autora incluyó la salud, el ocio, las relaciones sociales, las habilidades funcionales y la satisfacción de necesidades. Entre los segundos, las condiciones económicas, los

servicios sociales y de salud, la calidad del ambiente, los factores culturales y el apoyo social. Unos y otros, por su naturaleza física, social o ideológica, determinan estilos de vida individuales y colectivos. (Maya, 2003, p. 3)

#### **2.2.4 Estilos de vida**

“La OMS, la define como la Manera general de vivir, basada en la interacción entre las condiciones de vida, su sentido más amplio, y las pautas individuales de conducta, determinados por factores socioculturales y características personales” (Cerón, 2012, p. 115).

Así las cosas, se definen los estilos de vida saludables como los:

Procesos sociales, las tradiciones, los hábitos, conductas y comportamientos de los individuos y grupos de población que conllevan a la satisfacción de las necesidades humanas para alcanzar el bienestar y la vida.

Los estilos de vida son determinados por la presencia de factores de riesgo y/o de factores protectores para el bienestar, por lo cual deben ser vistos como un proceso dinámico que no sólo se compone de acciones o comportamientos individuales, sino también de acciones de naturaleza social. (Rabe & Casas, 2007, p. 112)

En el estudio de los estilos de vida también intervienen factores determinantes como el trabajo, la educación, la alimentación, situación socio económico, edad, género, entorno social, familia, redes sociales y sociedad (Rabe & Casas, 2007).

#### ***Estilos de vida de riesgo***

Considerada por Matarazzo (1984) como se citó en Fiorentino (2010) como patógenos conductuales, definidas como aquellas conductas que incrementan el riesgo de un individuo de enfermar. Por otro lado, también es considerada como “toda conducta que vaya en contra de la integridad física,

emocional o espiritual de la persona y que puede incluso atentar contra su vida” (Rivera, 2008, p. 10).

El estilo de vida de riesgo, se entiende como una “Forma específica de comportamiento de la cual se conoce su relación con una mayor susceptibilidad a padecer una enfermedad o un problema social específico. Esta conducta está muy mediatizada con el sistema de valores y creencias de la estructura social”. (OMS, 1985).

### ***Estilos de vida protectoras***

Un término equivalente al de conducta de salud es el de *inmunógenos conductuales*, acuñado por Matarazzo (1984) como se citó en Fiorentino (2010), quien las conceptúa como “aquellos comportamientos que hacen menos susceptible de contraer enfermedades” (p. 86).

Son las conductas saludables, que implican acciones cognitivo-emocionales orientadas a manejar adaptativamente el estrés cotidiano, incluyen entre otras , una alimentación basada en nutrientes naturales y equilibrada en sus componentes; contacto con la naturaleza; beber alcohol moderadamente o no hacerlo; ejercicio físico regular: respirar aire oxigenado, es decir, evitar ambientes contaminados: dormir 7- 8 horas diarias: realizar controles médicos preventivos, cumplir con las prescripciones médicas, etcétera. (Labiano, 2010, p. 4).

El estilo de vida protectora, se refiere a: Comportamientos que tienen como efecto el mantenimiento y promoción de la salud en ausencia de signos observables de enfermedad, conductas que pueden ser llevadas a cabo espontáneamente, o bien ser inducidas por otros con el objetivo de contrarrestar riesgos potenciales o peligros del ambiente (Kirch, 1983).

### **2.2.5 Conducta**

Olortegui (1995) la describió como un acto o forma de comportarse; la actividad parcial o global de una persona, especialmente la que puede observarse. Por otro lado, Merani (1979) la definió como el modo de conducirse de una persona en las relaciones con los demás, según su norma moral, social, cultural. También se refiere a la conducta global de un grupo social en sus relaciones para con otro.

Se suma a esto la definición de conducta, por Skinner (1938) como se citó en Godoy, (2011) en su libro *La conducta de los organismos*:

Por conducta entiendo simplemente el movimiento de un organismo o sus partes dentro de un marco de referencia suministrado por el mismo organismo o por varios objetos externos o campos de fuerza. Es conveniente hablar de ella como de la acción del organismo sobre el mundo exterior, y a veces es deseable observar un efecto en lugar del mismo movimiento. (párr. 1)

### **2.2.6 Hábito**

Olortegui (1995) explicó el hábito como una costumbre o practica adquirida por la repetición frecuente de un mismo acto. Merani (1979), por su parte, como disposiciones adquiridas por actos reiterados.

Cualquier acto adquirido por la experiencia y realizado regular y automáticamente. Los hábitos incluyen los gestos, o la forma de mover las manos al hablar, incluso las preferencias en las lecturas, pasa por la satisfacción de las ansias personales, como en el hábito de fumar o de comer en exceso. (Conocimientos Web, 2014, párr. 1)

## **2.3 Teoría y enfoques del estilo de vida**

Los estilos de vida son un constructo que tiene diversas y variadas acepciones, al respecto Mayo (2003) afirmó que, la psicología interesada en el estudio del sujeto individual de modo holístico, ha usado frecuentemente

el término *estilo*, esencialmente porque hace mención a lo típicamente individual. Así en la psicología cognitiva se ha utilizado para estudiar el pensamiento (estilo de pensamiento), el aprendizaje (estilo de aprendizaje). La psicología social estudio del liderazgo y la dirección apoyado en lo mismo (estilo de liderazgo y estilo de dirección). Por otra parte la psicología de la salud lo ha utilizado para estudiar el afrontamiento al estrés (estilo de afrontamiento). (párr. 1)

Sobre los enfoques de estilo de vida, sobre sus funciones como persona en el desenvolvimiento individual, Mayo (2003) aseveró que desde la década de los 70 y principios de este milenio, el estilo de vida:

Desde finales de la década del 70 y hasta principios de la actual, el estilo de vida se ha estudiado abundantemente desde distintos horizontes, así se tiene el estilo de vida en relación con la orientación profesional, con el género femenino, así como el estilo de vida familiar, y finalmente, como Marketing, el tema presente y en popularidad, estilo del consumidor. (párr. 2)

El autor refirió que en las:

Décadas del 70 y el 80 del pasado siglo, los estudios sobre el estilo de vida resultaron recurrentes en las publicaciones sobre la psicología de la salud. Movidos por la intensión de identificar los factores psicosociales asociados al proceso de salud-enfermedad, los estudios en esta dirección se apoyaron en los hallazgos de la epidemiología y con ello importaron el enfoque que esta ciencia utilizó en la investigación del estilo de vida. (Mayo, 2003, párr. 6)

Mayo (2003) propuso lo siguiente en su estudio personológico del estilo de vida, entendido como la expresión holística y configuracional de la personalidad en el comportamiento complejo y:

La relación de lo interno y lo externo. Con este enfoque queda en un primer plano el estudio de la personalidad dinámica y reguladora de las relaciones con el medio. Enfatizando en su papel como

mediatizadora y a la vez transformadora de las influencias externas.  
(párr. 14)

Mayo (2003) desde la comprensión personológica, definió el estilo de vida como la “Expresión externa de las cualidades del sujeto individual, integrado por constituyentes estructurales externos e indicadores funcionales de la personalidad, que en su configuración, constituyen la expresión psicológica, subjetivamente determinada del modo de vida del individuo”. (Mayo, 2003, párr. 17-18)

Para un mejor entendimiento, resulta necesario caracterizar el estilo de vida desde al menos tres referentes: su relación con el modo de vida, su relación con el sujeto y sus constituyentes personológicos, aspectos que presentamos a continuación.

### ***El estilo de vida y su relación con el modo de vida***

Mayo (2003) aseveró que algunos autores postulan a relacionar el estilo de vida con el modo de vida, planteándose así dos tendencias fundamentales:

El modo de vida en el nivel general, donde el hombre genérico es sujeto del modo de vida, y en tal sentido es objeto de estudio de la sociología y la filosofía; y en el nivel particular, donde el individuo es sujeto, no del modo de vida en general, sino de su estilo de vida, como componente subjetivamente determinado del modo de vida.  
(párr. 22)

### ***El estilo de vida y su relación con el sujeto***

Aquí, Mayo (2003) manifestó dos tendencias fundamentales:

La primera asume el estilo de vida como una cualidad subjetiva, de existencia interna en el sujeto y la segunda tendencia, al no reconocer la especificidad del estilo de vida identificándolo con el modo de vida,

lo concibe como una manifestación externa del sujeto individual. (párr. 29-30)

El análisis de la relación sujeto-personalidad-estilo de vida constituye una alternativa pertinente en la caracterización psicológica del estilo de vida. Siendo el sujeto el individuo concreto, al hablar de él no sólo se hace referencia a su mundo interno, sino también al sistema de relaciones en que se objetiviza su subjetividad. (Mayo, 2003, párr. 32)

Mayo (2003) asumió que en el sujeto individual existe en dos dimensiones: interna y externa. Las mismas se corresponden dialécticamente como dos partes de un todo. La personalidad forma una unidad de la subjetividad interna, mientras que el estilo de vida es la subjetividad objetivada, o sea la manifestación comportamental externa de la personalidad del sujeto. Todo comportamiento es una función del sujeto, sin que necesariamente en él participe y se exprese la personalidad. Aquel comportamiento nuevo, eventual, no representa parte del estilo de vida y no es expresión de la personalidad, aunque sí del sujeto. En cambio, lo que en el individuo es típico, recurrente e identitario, es decir, forma parte de su estilo de vida, es una función que el sujeto ejerce a través de su personalidad. El estilo de vida expresa el modo en que se objetiviza el activismo del sujeto en relación con la sociedad y la construcción de su vida. (párr. 33)

### ***Los constituyentes del estilo de vida***

“Los constituyentes personológicos son aquellos componentes del estilo de vida en que se expresan los contenidos de la personalidad. Son aquellas cualidades comportamentales de carácter integrativas, subjetivamente determinadas, gracias a lo cual permiten el conocimiento de la personalidad a través de su estilo de vida. (Mayo, 2003, párr. 38)

Este aspecto da cuenta del nivel de profundización alcanzado con respecto a la naturaleza interna del estilo de vida, en cuanto a su estructura y funcionamiento. Al respecto se aprecian tres tendencias.

La primera se caracteriza por el estudio fenomenológico del estilo de vida sin entrar a detallar en su configuración interna.

La segunda tendencia, fuertemente influenciada por la concepción filosófica y sociológica, reduce los componentes del estilo de vida a una sola categoría: la actividad vital. En esta tendencia se encuentran, como ya se ha visto, la mayoría de los autores marxistas que abordan la problemática desde la categoría modo de vida.

La tercera propone algunos constituyentes que pudieran tomarse como elementos de su estructura interna. (Mayo, 2003, párr. 34-36)

Los constituyentes personológicos que ha identificado Mayo (1999) como se citó en Mayo (2003) para el estudio psicológico del estilo de vida, son los siguientes:

- Sistema de actividades vitales.
- Estilo comunicativo (sistema comunicativo).
- Sistema de roles.
- Orientación en el tiempo.
- La autorrealización personal.



## 2.4 Definición de Términos

### 2.4.1 Definición de conceptos

- Estilo de vida: Manera general de vivir, basada en la interacción entre las condiciones de vida, su sentido más amplio, y las pautas individuales de conducta, determinados por factores socioculturales y características personales.
- Estilo de vida de riesgo: Forma específica de comportamiento de la cual se conoce su relación con una mayor susceptibilidad a padecer una enfermedad o un problema social específico. Esta conducta está muy mediatizada con el sistema de valores y creencias de la estructura social (OMS, 1985).
- Estilo de vida protectores: Son conductas que tienen como efecto el sostenimiento y la promoción de la salud, en ausencia de signos evidentes de enfermedad, comportamientos que pueden ser llevadas a cabo naturalmente, o bien ser inducidos por otros con el objetivo de contrarrestar riesgos potenciales o peligros del ambiente (Kirch, s.f. cómo se citó en Fiorentino, 2010).
- Dimensiones de los estilos de vida:

Conducta de alimentación: indaga acerca de la ingesta de alimentos con determinada frecuencia y cantidad (en este caso de verduras, frutas, arroz, sal, azúcar, comer más de lo esperado).

Actividad física: indaga acerca de la actividad física (en este caso 15 minutos de ejercicios diarios, actividades habituales fuera de trabajo, actividades en tiempo libre).

Conductas nocivas: indaga acerca del consumo de agentes nocivos para la salud (en este caso fumar, cantidad de cigarrillos, alcohol y cantidad de bebidas alcohólicas por ocasión).

Información en Salud: indaga la asistencia a charlas y/o mediante consultas con profesionales sobre la salud (en este caso asistencia a charlas y obtener información).

Estado psicoemocional: indaga la situación mental y emocional frente a situaciones generales (en este caso el enojo, pensamientos pesimistas sobre el futuro, tristeza, sentirse bien consigo mismo y disfrute del tiempo libre). Y sobre la recuperación física y mental en momentos ordinarios de sueño (en este caso calidad de sueño).

Sociolaboral: indaga condiciones externas que pueden intervenir en el bienestar o en la presencia de estrés adicional (en este caso el trabajo actual y número de hijos).

## **2.5 Hipótesis**

### ***2.5.1 Hipótesis general***

Los estilos de vida difieren por establecimientos en pacientes de Hospitales de EsSalud de la Región de Huánuco 2018.

### ***2.5.2 Hipótesis específica***

Los comportamientos de estilos de vida de los pacientes difieren por establecimientos Hospitalario de EsSalud de la Región de Huánuco 2018.

## **CAPÍTULO III**

### **MÉTODOLOGIA**

#### **3.1 Tipo de investigación**

Es un estudio Cuantitativo de Nivel Descriptivo dado que busca especificar las propiedades importantes de personas, grupos, comunidades o cualquier otro fenómeno que sea sometido a análisis (Hernández, Fernández, & Baptista, 2010).

#### **3.2 Diseño de investigación**

El diseño de Investigación es no experimental tipo transversal descriptivo comparativo, debido a que se recolecta datos en un periodo de tiempo, en un tiempo único; su propósito es describir las variables en estudio y compararlas entre dos grupos.

#### **3.3 Población y muestra de estudio**

##### **3.3.1 Población**

La población en estudio estuvo constituida por el universo de asegurados de la Red Asistencial Huánuco que asciende a 76 000; distribuidos en 11 Centros Asistenciales Huánuco, Tingo María, Leoncio Prado, Tocache, Uchiza, Aucayacu, Baños, Súngaro, La Unión, Lata y Pano.

Se considera como población asegurada activa todas aquellas personas que cuentan con el seguro en EsSalud dentro de los sectores laborales estatales y privados, considerándose como Tipo de Seguro según el sector: actividad acuícola, agrario dependiente, agrario independiente, construcción civil, EsSalud familiar, EsSalud independiente, Nuevo seguro potestativo, pensionista, trabajador activo, trabajador del hogar, pensionista de la cbssp, pensionista en trámite y trabajador de la cbssp.

### **3.3.2 Muestra.**

- ***Tipo de muestra***

La selección de la muestra fue de tipo:

No probabilística: Los procedimientos no probabilísticos son aquellos en los que no conocemos la probabilidad de que un elemento de la población pase a formar parte de la muestra ya que la selección de los elementos muestrales dependen en gran medida del criterio o juicio del investigador.

Por conveniencia: El investigador decide qué individuos de la población pasan a formar parte de la muestra en función de la disponibilidad de los mismos.

- ***Tamaño muestral***

Se calculo el tamaño de la muestra mediante el uso del programa EPIDAT 3.1. (Programa para análisis epidemiológicos de datos tabulados), para proporciones, en base a los datos siguientes:

Hospital II de Huánuco: Si se asume una población asegurada de 51,000, con una prevalencia presuntiva de 20%, un error Tipo I de 0.01, nivel de confianza de 99%, con una precisión absoluta de 10.3% y efecto de diseño de 2.0; se obtuvo un tamaño de muestra de 200 participantes.

Hospital I Tingo María: Si se asume una población asegurada de 25,000, con una prevalencia presuntiva de 20%, un error Tipo I de 0.05, nivel de confianza de 95%, con una precisión absoluta de 11.3% y efecto de diseño de 2.0; se obtuvo una muestra de 98 participantes.

Aplicado el cuestionario CEV EsSalud, se anula 01 cuestionario del participante del Hospital II de Huánuco y 03 cuestionarios de participantes del Hospital I de Tingo María por estar incompleta en sus respuestas.

Por lo tanto, la muestra fue de 294, distribuida en 199 pacientes del Hospital II de Huánuco y 95 pacientes que pertenecen al Hospital I de Tingo María de la región Huánuco.

### **3.4 Criterios de selección de la población a estudiar**

#### **3.4.1 Criterios de inclusión**

Personas que asisten a consulta en los Hospitales I y II de la Red Asistencial de EsSalud de Huánuco, a partir de los 13 años, de ambos géneros, de grupos ocupacionales (auxiliares y/o técnicos, profesionales funcionarios), de todos los niveles educativos.

#### **3.4.2 Criterios de exclusión**

- Personas no aseguradas en EsSalud.
- Personas menores de 13 años.
- Personas postradas.
- Personas con enfermedades crónicas transmisibles y no transmisibles.

### **3.5 Variable de Estudio**

#### **3.5.1 Estilos de vida**

“Manera general de vivir, basada en la interacción entre las condiciones de vida, en su sentido más amplio, y las pautas individuales de conducta, determinados por factores socioculturales y características personales” (Álvarez, 1998, p. 110).

- **Dimensiones:**

Conducta de alimentación

Actividad física

Conductas nocivas

Información en Salud

Estado psicoemocional

Sociolaboral

### 3.6 Operacionalización de variable

#### 3.6.1 Variable estilo de vida

**Tabla 1.**

*Operacionalización de la variable estilo de vida*

VARIABLE D.	DEF. OPERAC.	TIPO	INDICADORES
ESTILOS DE VIDA	Manera general de vivir, basados en la interacción entre las condiciones de vida, en su sentido más amplio, y las pautas individuales de conducta, determinados por factores socioculturales y características personales.	CUANTITATIVO	Dimensiones:
			a. Alimentación - con 9 ítems
			b. Actividad Física – con 3 ítems
			c. Conductas Nocivas – con 4 ítems
			d. Información en Salud – con 2 ítems
			e. Estado psicoemocional – con 6 ítems
			f. Situación sociolaboral – con 2 ítems

#### 3.6.2 Instrumento de Medición de Estilo de Vida (Cuestionario IMEVID).

Este instrumento fue construido y validado inicialmente con 25 preguntas cerradas para medir el estilo de vida en los pacientes con Diabetes mellitus tipo 2 por López, Ariza, Rodríguez, y Munguía (2003), distribuidos en siete dominios: nutrición, actividad física, consumo de tabaco, consumo de alcohol, información sobre diabetes, emociones y adherencia terapéutica, se determinó que el mencionado instrumento es el primer cuestionario específico para sujetos con Diabetes mellitus tipo 2; aplicado a 389 sujetos, se obtuvo así los coeficientes de correlación intra-clase para la validez lógica y de contenido fueron de 0.91 y 0.95; el alfa de Cronbach para

la calificación total fue de 0.81 y el coeficiente de correlación test-retest de 0.84.

Manrique (2004), en su investigación sobre “Los factores sociales de riesgo que influyen en los estilos de vida de la población trabajadora de EsSalud”, modificó el instrumento antes mencionado, al agregar determinantes como estado civil, lugar de residencia, nivel educativo y; se retiraron las preguntas desde el 22 hasta el 25 del instrumento madre (Cuestionario IMEVID).

Así, para el presente estudio se agregaron la pregunta 4 más las del 23 al 26. Por esto, la distribución de los ítems quedó según las siguientes dimensiones:

Conductas de alimentación: 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9.

Actividad física: 10, 11, 12.

Conductas nocivas: 13, 14, 15, 16.

Información en Salud: 17, 18.

Estado psicoemocional: 19, 20, 21, 23, 24, 25.

Sociolaboral: 22, 26.

Sin embargo, este último cuestionario en la investigación realizada no contaba con un proceso de validez y confiabilidad, es por ello, para el presente estudio se le denominó Cuestionario de Estilos de Vida de EsSalud (CEV EsSalud), que pasó por un proceso de validación y confiabilidad psicométrica, y su percentil que nos permite un diagnóstico cualitativo del tipo de estilo de vida, cuyos resultados se detalla a continuación.

### **3.6.3 Validez de constructo**

Se calcularon los índices de adecuación muestral, (Ver Tabla 2) y se reportaron que los índices factorizados se centraron en los valores adecuados ( $KMO=.818$ , Bartlett:  $\chi^2=1566$ ,  $gl=325$  y  $p<.001$ ), con pesos factoriales por encima de .30 (para mayor especificación ver Tabla 5); además, la varianza explicada por cada factor es como sigue: conductas de

alimentación explica el 10,92%, actividad física 8,07%, conductas nocivas 7,60%, información en Salud 7,42%, estado psicoemocional 6,01% y Socio laboral 5,56 de varianza, se logró así explicar la varianza total acumulada de 45%. Por lo tanto, su análisis a través del análisis factorial exploratorio ha sido justificado. En suma, el instrumento bajo la técnica del análisis factorial exploratoria evidencia validez de la estructura interna del constructo del instrumento estilos de vida.



**Tabla 2.***Pesos factoriales de la escala de Estilos de Vida*

Ítem	F1	F2	F3	F4	F5	F6
i1	0.412					
i6	0.734					
i5	0.721					
i7	0.555					
i3	0.341					
i8	0.301					
i4	0.307					
i2	0.439					
i9	0.382					
i10		0.581				
i11		0.698				
i12		0.534				
i15			0.816			
i13			0.762			
i16			0.751			
i14			0.747			
i17				0.605		
i18				0.529		
i19					0.69	
i20					0.58	
i24					0.749	
i23					0.607	
i21					0.514	
i25					0.42	
i22						0.307
i26						0.489
% Varianza	10.92%	8.07%	7.60%	7.42%	6.01%	5.56%
% Varianza acumulada			45%			
KMO			0.818			
Prueba de esfericidad de Bartlett			$\chi^2=1566$ , gl=325, p<.001			

*Nota.* F1: Conductas de alimentación, F2: actividad física, F3: Conductas nocivas, F4: Información en Salud, F5: Estado psicoemocional, F6: Socio laboral, KMO: káiser Meyer Olkin.

**3.6.4 Confiabilidad por consistencia interna**

Con respecto a las evidencias de la confiabilidad (ver Tabla 3) del cuestionario de estilos de vida a través del coeficiente alfa y omega se obtuvieron valores aceptables para el instrumento: las estimaciones se

encontraron por encima de .80 ( $\alpha = .88$ ,  $\omega = .88$ ); además, los valores de la relación ítem total corregido evidencia valores por encima de .20. En conclusión, las evidencias obtenidas permiten aceptar la fiabilidad del instrumento debido a que las estimaciones del coeficiente alfa y omega se encuentran por mayor a .80.

**Tabla 3.**

*Confiabilidad por el método de consistencia interna*

Ítem	M	DE	ritc	Cronbach	McDonald
I1	2.21	1.14	0.31	0.88	0.88
I2	2.33	1.23	0.41	0.88	0.88
I3	2.41	1.05	0.44	0.88	0.88
I4	2.66	1.30	0.27	0.88	0.88
I5	2.77	1.35	0.47	0.88	0.88
I6	2.42	1.15	0.36	0.88	0.88
I7	2.41	1.22	0.36	0.88	0.88
I8	2.59	1.22	0.44	0.88	0.88
I9	2.17	1.19	0.43	0.88	0.88
I10	2.44	1.15	0.51	0.87	0.88
I11	2.27	1.11	0.43	0.88	0.88
I12	2.29	1.13	0.53	0.87	0.88
I13	2.25	1.17	0.39	0.88	0.88
I14	2.20	1.11	0.51	0.88	0.88
I15	2.36	1.22	0.38	0.88	0.88
I16	2.44	1.36	0.50	0.88	0.88
I17	2.14	1.21	0.39	0.88	0.88
I18	2.12	1.28	0.33	0.88	0.88
I19	2.44	1.14	0.58	0.87	0.88
I20	2.17	1.18	0.42	0.88	0.88
I21	2.56	1.25	0.55	0.87	0.88
I22	2.47	1.30	0.50	0.87	0.88
I23	2.62	1.29	0.53	0.87	0.88
I24	2.35	1.13	0.48	0.88	0.88
I25	2.47	1.27	0.41	0.88	0.88
I26	2.39	1.17	0.52	0.87	0.88
Escala	2.38	0.60	-	0.88	0.88

### 3.6.5 Percentil del CEV EsSalud

La Tabla 4 muestra el cuartil y su puntaje directo y su diagnóstico cualitativo del cuestionario **CEV EsSalud**.

**Tabla 4.**

*Percentil de estilos de vida*

Cuar til	Puntaje Directo	Diagnóstico Cualitativo
25	$\leq 60$	Estilos de Vida No Saludables
50	<b>61 a 73</b>	Estilos de Vida en Riesgo
75	$\geq 74$	Estilos de Vida Saludables

Fuente: Elaboración propia

## 3.7 Plan de análisis de datos

### 3.7.1 Procesamiento de datos

Comprendió la Selección del Programa de IBM SPSS 22, EPIDAT 3.1 y STATISTIC 6.0, elaboración de las Hojas de Cálculo, captura de datos para integrar una base de datos, recodificación y creación de variables.

### 3.7.2 Prueba estadística para utilizar

Estadística Descriptiva: Para las observaciones de las distribuciones de frecuencias de los datos de las variables en estudio se utilizó: La media aritmética, mediana, desviación estándar, varianza, asimetría y curtosis.

Se aplicó la prueba de Kolmogorov – Smirnov como procedimiento de ajuste de bondad para contrastar si la distribución de las variables se ajusta a una determinada distribución teórica de probabilidad.

Prueba de Chi<sup>2</sup> de homogeneidad: Para observar si difieren los grupos en relación a la variable en estudio, en una muestra calculada por proporciones, con un nivel de significancia de 0.05%. Hernández et al (2010) afirma que,

“no requiere de presupuestos acerca de la forma de distribución poblacional. Aceptan distribuciones no normales” (p.326) y Barrón et al. (2006).

Odds Ratio (OR): En base las frecuencias y al percentil del instrumento en la que se consideró los estilos de vida saludables y no saludables, Se determina los estilos de vida de riesgo si el OR es mayor al valor de 1 y estilos de vida protectores si el OR es menor al valor de 1.

## CAPÍTULO IV

### RESULTADOS Y DISCUSIÓN

#### 4.1 Prueba de normalidad de datos obtenidos del CEV EsSalud

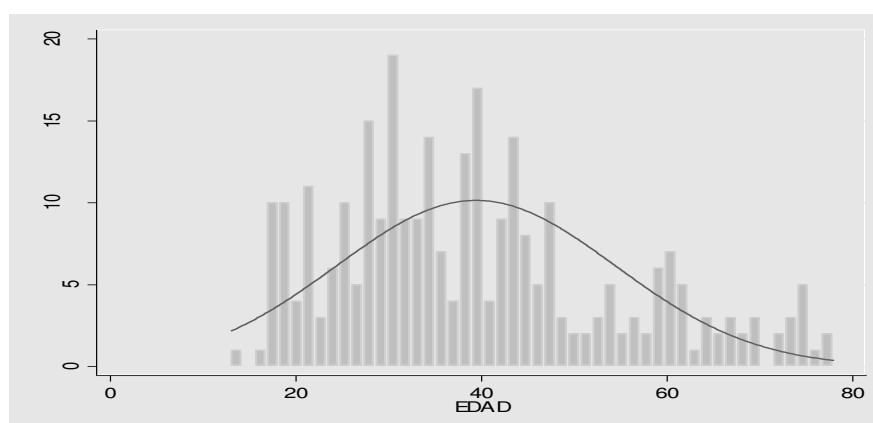
En la Tabla 5, los datos obtenidos por percentil de los estilos de vida y por género no se ajustan a la distribución normal por presentar un valor significativo  $K-S < \alpha = 0.05$  por lo que se aplican pruebas no paramétricas como el Chi2 ( $X^2$ ).

**Tabla 5.**

*Análisis de la bondad de ajuste a la distribución normal de la variable estilos de vida*

Kolmogorov-Smirnov (K-S)			
	Estadístico	gl	Sig.
Puntaje Total	,054	294	,039
Estilos de vida no saludables	,183	87	,000
Estilo de vida de riesgo	,153	121	,000
Estilo de vida saludable	,132	86	,001
Femenino	,088	159	,005
Masculino	,100	135	,002

Corrección de significación de Lilliefors



**Figura 1.**

*Distribución por grupo etario.*





La Tabla 9 presenta una distribución de la muestra por nivel educativo donde un 40,48% tienen Estudios Superiores Completos, 25,85% tienen Secundaria Completa, 20,41% tienen Superior Incompleto, 10,54% tienen Primaria y sin instrucción y 2,72 tienen Post Grado

**Tabla 9.**

*Distribución por nivel educativo*

<b>NIVEL EDUCATIVO</b>	<b><i>f</i></b>	<b>%</b>	<b><i>Acumulado</i></b>
Primaria/sin instrucción	31	10,54	10,54
Secundaria Completa	76	25,85	36,39
Superior Incompleto	60	20,41	56,80
Superior Completo	119	40,48	97,28
Post grado	8	2,72	<b>100,00</b>
<b>Total</b>	294	<b>100,00</b>	



### 4.3 Resultados para contrastar hipótesis

#### 4.3.1 Hipótesis general

- **Los estilos de vida difieren por establecimientos en pacientes de Hospitales de EsSalud de la Región de Huánuco 2018.**

Mediante el estadístico de Chi2 ( $X^2$ ) de homogeneidad en la Tabla 10 se observa que el estilo de vida por establecimiento no difiere estadísticamente por presentar el valor  $p=0.480 > 0.05$ . Sin embargo, un 45, 26% y 25,26% de la población de Tingo María tiene estilo de vida en riesgo y estilo de vida no saludable; así mismo, un 39, 20% y 31,66% de la población de Huánuco presenta estilo de vida en riesgo y estilos de vida no saludables respectivamente. Y en el total se observa que un 29,25% tienen estilo de vida saludable.

Por lo tanto, se aprueba la hipótesis de que los estilos de vida no difieren o son homogéneas por establecimientos en pacientes de Hospitales de EsSalud de la Región de Huánuco 2018.

**Tabla 10.**

*Estilos de vida por establecimiento*

ESTILO	HUÁNUCO		TINGO MARÍA		TOTAL	
	n	f	n	f	n	F
Estilo de vida saludable	58	29.15	28	29.47	86	29.25
Estilo de vida en riesgo	78	39.20	43	45.26	121	41.16
Estilo de vida no saludable	63	31.66	24	25.26	87	29.59
<b>TOTAL</b>	199	100	95	100	294	100

Chi2 = 1.466     $p = 0.480$

#### 4.3.2 Hipótesis específica

- **Los comportamientos de estilos de vida de los pacientes difieren por establecimientos Hospitalario de EsSalud de la Región de Huánuco 2018.**

Mediante el estadístico de Chi Cuadrado de homogeneidad, en la Tabla 11 muestra que los comportamientos de estilos de vida difieren por establecimiento hospitalario en cuanto al “consumo de verduras” por obtener un  $p=0.017<0.05$ , “agregar sal” al poseer un  $p=0.000<0.05$ , “asistencia a charlas de salud” por presentar un  $p=0.011<0.05$ , “calidad de sueño” por alcanzar un  $p=0.037<0.05$ , “cómo se siente consigo mismo” por mostrar un valor  $p=0.030<0.05$ , “disfrute de su tiempo libre” por lograr un  $p=0.031<0.05$ , “trabajo actual” por conseguir un  $p=0.000<0.05$ , y finalmente, “número de hijos” por presentar un  $p=0.036<0.05$ .

Lo mencionado hace posible confirmar la hipótesis de que los comportamientos de estilos de vida de los pacientes difieren por establecimientos Hospitalario de EsSalud de la Región de Huánuco 2018.

**Tabla 11.***Diferencias en estilos de vida por establecimientos*

ESTILOS DE VIDA	ÍTEM	NIVEL DE SIGNIFICANCIA	
		$\chi^2$	$p$
ALIMENTACIÓN	1	8.113	0.017
	2	0.501	0.778
	3	3.560	0.169
	4	1.257	0.533
	5	1.449	0.484
	6	15.530	0.000
	7	4.496	0.106
	8	4.822	0.090
	9	1.114	0.573
ACTIVIDAD FÍSICA	10	5.229	0.073
	11	4.069	0.131
	12	0.674	0.714
HÁBITOS NOCIVOS	13	2.442	0.298
	14	3.703	0.157
	15	3.238	0.198
EDUCACIÓN SALUD	16	2.148	0.342
	17	8.946	0.011
	18	2.818	0.244
PSICO EMOCIONAL	19	5.372	0.068
	20	4.473	0.107
	21	0.576	0.750
	23	6.599	0.037
	24	7.002	0.030
	25	6.970	0.031
SOCIO LABORAL	22	47.227	0.000
	26	6.675	0.036

#### 4.4 Resultados por objetivos específicos

- **Identificar los estilos de vida en las dimensiones de alimentación, actividad física, conductas nocivas, información en salud, estado psicoemocional y sociolaboral en pacientes de Hospitales de EsSalud de la Región de Huánuco 2018.**

##### **Alimentación**

La Tabla 12 indica que un 64, 32% consume verduras “todos los días de la semana” en Huánuco en relación con Tingo María, con 45, 26%. Además, tiene mayor presencia la variable “algunos días” consume verduras en Tingo con 48, 42% en comparación con el 31, 66% de Huánuco.

**Tabla 12.**

##### *Consumo de verduras*

Respuesta	ESTABLECIMIENTO				TOTAL	
	HUÁNUCO		TINGO MARÍA			
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>F</i>	%
Todos los días de semana	128	64,32	43	45,26	171	58,16
Algunos días	63	31,66	46	48,42	109	37,07
Casi nunca	8	4,02	6	6,32	14	4,76
<b>Total</b>	199	<b>100,00</b>	95	<b>100,00</b>	294	<b>100,00</b>

La Tabla 13 señala que un 58, 16% consume frutas “todos los días de la semana”, un 37, 07% come frutas “algunos días” y un 4, 76% “casi nunca” consume frutas.

**Tabla 13.***Frecuencia de consumo de frutas*

Respuesta	ESTABLECIMIENTO				TOTAL	
	HUÁNUCO		TINGO MARÍA			
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>F</i>	%
Todos los días de semana	93	46,73	42	44,21	171	58,16
Algunos días	97	48,74	47	49,47	109	37,07
Casi nunca	9	4,52	6	6,32	14	4,76
<b>Total</b>	199	<b>100,00</b>	95	<b>100,00</b>	294	<b>100,00</b>

La Tabla 14 muestra que el 49, 66% consume 2 panes al día, un 27, 89% consume de 0 a 1 pan al día y un 22, 45% come de 3 a más panes al día.

**Tabla 14.***Frecuencia de consumo de panes al día*

Respuesta	ESTABLECIMIENTO				TOTAL	
	HUÁNUCO		TINGO MARIA			
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>F</i>	%
0 a 1 pan	49	24,62	33	34,74	82	27,89
2 panes	105	52,76	41	43,16	146	49,66
3 o más panes	45	22,61	21	22,11	66	22,45
<b>Total</b>	199	<b>100,00</b>	95	<b>100,00</b>	294	<b>100,00</b>

La Tabla 15 muestra que los pacientes de Tingo María en un 10, 53% consumen 3 o más porciones de arroz al día en comparación con el 7, 54% de Huánuco.

**Tabla 15.***Frecuencia de consumo de porciones de arroz al día*

Respuesta	ESTABLECIMIENTO				TOTAL	
	HUANUCO		TINGO MARÍA			
	<i>F</i>	%	<i>f</i>	%	<i>F</i>	%
0 a 1 porción	91	45,73	38	40,00	129	43,88
2 porciones	93	46,73	47	49,47	140	47,62
3 o más porciones	15	7,54	10	10,53	25	8,50
<b>Total</b>	199	<b>100,00</b>	95	<b>100,00</b>	294	<b>100,00</b>

La Tabla 16 indica que el 28, 64% del establecimiento de Huánuco agregan frecuentemente azúcar y un 22, 11% del establecimiento de Tingo María.

**Tabla 16.***Frecuencia de agregar azúcar*

Respuesta	ESTABLECIMIENTO				TOTAL	
	HUÁNUCO		TINGO MARÍA			
	<i>F</i>	%	<i>f</i>	%	<i>F</i>	%
Casi nunca	73	36,68	37	38,95	110	37,41
Algunas veces	69	34,67	37	38,95	106	36,05
Frecuentemente	57	28,64	21	22,11	78	26,53
<b>Total</b>	199	<b>100,00</b>	95	<b>100,00</b>	294	<b>100,00</b>

La Tabla 17 muestra que el 27, 14% del establecimiento de Huánuco agrega “casi siempre” sal en comparación con un 7, 37% del establecimiento de Tingo María. Y un 57 89% del establecimiento de Tingo María casi nunca agrega sal en comparación del 43 22% del establecimiento de Huánuco.

**Tabla 17.***Frecuencia de agregar sal*

Respuesta	ESTABLECIMIENTO				TOTAL	
	HUÁNUCO		TINGO MARÍA			
	<i>F</i>	%	<i>f</i>	%	<i>F</i>	%
Casi nunca	86	43,22	55	57,89	141	47,96
Algunas veces	59	29,65	33	34,74	92	31,29
Casi siempre	54	27,14	7	7,37	61	20,75
<b>Total</b>	199	<b>100,00</b>	95	<b>100,00</b>	294	<b>100,00</b>

La Tabla 18 muestra que el 23, 12% del establecimiento de Huánuco come alimentos entre comidas frecuentemente en comparación de un 12, 63% del establecimiento de Tingo María.

**Tabla 18.***Frecuencia de comer alimentos entre comidas*

Respuesta	ESTABLECIMIENTO				TOTAL	
	HUÁNUCO		TINGO MARÍA			
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>F</i>	%
Casi nunca	59	29,65	33	34,74	92	31,29
Algunas veces	94	47,24	50	52,63	144	48,98
Frecuentemente	46	23,12	12	12,63	58	19,73
<b>Total</b>	199	<b>100,00</b>	95	<b>100,00</b>	294	<b>100,00</b>

La Tabla 19 muestra que el 22, 11% del establecimiento de Huánuco come alimentos fuera de casa frecuentemente en comparación de un 16, 84% del establecimiento de Tingo María.

**Tabla 19.***Frecuencia de comer alimentos fuera de casa*

Respuesta	ESTABLECIMIENTO				TOTAL	
	HUÁNUCO		TINGO MARÍA			
	<i>f</i>	%	<i>F</i>	%	<i>F</i>	%
Casi nunca	52	26,13	17	17,89	69	23,47
Algunas veces	103	51,76	62	65,26	165	56,12
Frecuentemente	44	22,11	16	16,84	60	20,41
<b>Total</b>	199	<b>100,00</b>	95	<b>100,00</b>	294	<b>100,00</b>

La Tabla 20 señala que el 13, 68% del establecimiento de Tingo María pide que le sirvan más alimentos casi siempre en comparación con un 10, 05% del establecimiento de Huánuco.

**Tabla 20.***Frecuencia de pedir que le sirvan más*

Respuesta	ESTABLECIMIENTO				TOTAL	
	HUÁNUCO		TINGO MARÍA			
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>F</i>	%
Casi nunca	100	50,25	43	45,26	143	48,64
Algunas veces	79	39,70	39	41,05	118	40,14
Casi siempre	20	10,05	13	13,68	33	11,22
<b>Total</b>	199	<b>100,00</b>	95	<b>100,00</b>	294	<b>100,00</b>

**Actividades físicas**

La Tabla 21 indica que el 42, 21% del establecimiento de Huánuco realiza 3 o más veces a la semana 15 minutos de ejercicios en comparación de un 28, 42% del establecimiento de Tingo María. Y 28, 42% del establecimiento de Tingo María casi nunca realizan 15 minutos de ejercicios a la semana en relación con el 23, 62% del establecimiento de Huánuco.



**Tabla 21.**

*Frecuencia de realizar 15 minutos de ejercicios en la semana*

Respuesta	ESTABLECIMIENTO				TOTAL	
	HUÁNUCO		TINGO MARÍA			
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>F</i>	%
3 o más veces	84	42,21	27	28,42	111	37,76
1 o 2 veces	68	34,17	41	43,16	109	37,07
Casi nunca	47	23,62	27	28,42	74	25,17
<b>Total</b>	199	<b>100,00</b>	95	<b>100,00</b>	294	<b>100,00</b>

La Tabla 22 indica que el 54, 74% del establecimiento de Tingo María “casi siempre” está ocupado fuera de sus actividades habituales de trabajo en comparación de un 46, 23% del establecimiento de Huánuco. Y 18, 09% del establecimiento de Huánuco “casi nunca” está ocupado fuera de sus actividades habituales de trabajo en relación con el 9, 47% del establecimiento de Huánuco.

**Tabla 22.**

*Frecuencia de estar ocupado fuera de sus actividades habituales de trabajo*

Respuesta	ESTABLECIMIENTO				TOTAL	
	HUÁNUCO		TINGO MARÍA			
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>F</i>	%
Casi siempre	92	46,23	52	54,74	144	48,98
Algunas veces	71	35,68	34	35,79	105	35,71
Casi nunca	36	18,09	9	9,47	45	15,31
<b>Total</b>	199	<b>100</b>	95	<b>100</b>	294	<b>100</b>

La Tabla 23 muestra que el 40, 48% realizan trabajos en casa como actividades en su tiempo libre, un 36, 73% salen de casa y un 22, 11% ven televisión.

**Tabla 23.***Frecuencia de actividades en su tiempo libre*

Respuesta	ESTABLECIMIENTO				TOTAL	
	HUÁNUCO		TINGO MARÍA		F	%
	f	%	f	%		
Salir de casa	70	35,18	38	40,00	108	36,73
Trabajos en casa	82	41,21	37	38,95	119	40,48
Ver televisión	47	23,62	18	18,95	65	22,11
Otras actividades	0	0,00	2	2,11	2	0,68
<b>Total</b>	199	<b>100,00</b>	95	<b>100,00</b>	294	<b>100,00</b>

**Conductas nocivas**

La Tabla 24 muestra que el 21, 11% del establecimiento de Huánuco algunas veces fuma en comparación con un 15, 79% del establecimiento de Tingo María y un 77, 21% del total no fuma.

**Tabla 24.***Frecuencia del hábito de fumar*

Respuesta	ESTABLECIMIENTO				TOTAL	
	HUÁNUCO		TINGO MARÍA		F	%
	f	%	f	%		
No fuma	152	76,38	75	78,95	227	77,21
Algunas veces	42	21,11	15	15,79	57	19,39
Fumo a diario	5	2,51	1	1,05	6	2,04
No contesta	0	0,0	4	4,21	4	1,36
<b>Total</b>	199	<b>100,00</b>	95	<b>100,00</b>	294	<b>100,00</b>

La Tabla 25 señala que el 20,60% del establecimiento de Huánuco fuma de 1 a 5 cigarrillos al día en comparación de un 11, 58% del establecimiento de Tingo María. Y que el 78, 91% no fuma ningún cigarrillo al día.

**Tabla 25.***Frecuencia de número de cigarrillos que fuma*

Respuesta	ESTABLECIMIENTO				TOTAL	
	HUÁNUCO		TINGO MARÍA		F	%
	f	%	f	%		
Ninguno	151	75,88	81	85,26	232	78,91
1 a 5 cigarrillos	41	20,60	11	11,58	52	17,69
6 o más cigarrillos	7	3,52	3	3,16	10	3,40
<b>Total</b>	199	<b>100,00</b>	95	<b>100,00</b>	294	<b>100,00</b>

La Tabla 26 indica que el 47, 37% del establecimiento de Tingo María rara vez bebe alcohol en comparación del 36, 68% del establecimiento de Huánuco. Y que un 55, 44% nunca bebe alcohol.

**Tabla 26.***Frecuencia de beber alcohol en la semana*

Respuesta	ESTABLECIMIENTO				TOTAL	
	HUÁNUCO		TINGO MARÍA		F	%
	f	%	f	%		
Nunca	116	58,29	47	49,47	163	55,44
Rara vez	73	36,68	45	47,37	118	40,14
1 vez o mas por semana	10	5,03	3	3,16	13	4,42
<b>Total</b>	199	<b>100,00</b>	95	<b>100,00</b>	294	<b>100,00</b>

La Tabla 27 señala que el 55, 44% no consume ninguna bebida, un 27, 21% consume 1 a 2 bebidas en una ocasión y un 17, 35% 3 o más.

**Tabla 27.***Frecuencia de cantidad de bebidas por ocasión*

Respuesta	ESTABLECIMIENTO				TOTAL	
	HUÁNUCO		TINGO MARÍA			
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>F</i>	%
Ninguna	115	57,79	48	50,53	163	55,44
1 a 2	49	24,62	31	32,63	80	27,21
3 o mas	35	17,59	16	16,84	51	17,35
<b>Total</b>	199	<b>100,00</b>	95	<b>100,00</b>	294	<b>100,00</b>

**Educación en salud**

La Tabla 28 muestra que el 62, 11% del establecimiento de Tingo María ninguna vez asistió a charlas de salud en comparación de un 43, 72% del establecimiento de Huánuco. Además, el 41, 21% del establecimiento de Huánuco asistió entre 1 a 2 charlas de salud en relación a un 29, 47% del establecimiento de Tingo María. Finalmente, un 15, 08% asistió de 4 a más charlas de salud en Huánuco y un 8 42% de Tingo María.

**Tabla 28.***Frecuencia de asistencias a charlas de salud*

Respuesta	ESTABLECIMIENTO				TOTAL	
	HUÁNUCO		TINGO MARÍA			
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>F</i>	%
4 o mas	30	15,08	8	8,42	38	12,93
1 a 3	82	41,21	28	29,47	110	37,41
Ninguna	87	43,72	59	62,11	146	49,66
<b>Total</b>	199	<b>100,00</b>	95	<b>100,00</b>	294	<b>100,00</b>

*F*

La Tabla 29 muestra que el 47, 37% del establecimiento de Tingo María casi siempre se informa sobre su salud en comparación de un 38, 19% del establecimiento de Huánuco.

**Tabla 29.**

*Frecuencia de solicitar información sobre su estado de salud*

Respuesta	ESTABLECIMIENTO				TOTAL	
	HUÁNUCO		TINGO MARÍA			
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>F</i>	%
Casi siempre	76	38,19	45	47,37	121	41,16
Algunas veces	100	50,25	38	40,00	138	46,94
Casi nunca	23	11,56	12	12,63	35	11,90
<b>Total</b>	199	<b>100,00</b>	95	<b>100,00</b>	294	<b>100,00</b>

### ***Estado psicoemocional***

La Tabla 30 indica que el 40, 00% del establecimiento de Tingo María casi siempre se enoja con facilidad en comparación de un 28, 64% del establecimiento de Huánuco. Además, el 25, 63% del establecimiento de Huánuco casi nunca se enoja con facilidad en relación con un 15, 79% del establecimiento de Tingo María.

**Tabla 30.**

*Frecuencia de enojarse con facilidad*

Respuesta	ESTABLECIMIENTO				TOTAL	
	HUÁNUCO		TINGO MARÍA			
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>F</i>	%
Casi nunca	51	25,63	15	15,79	66	22,45
Algunas veces	91	45,73	42	44,21	133	45,24
Casi siempre	57	28,64	38	40,00	95	32,31
<b>Total</b>	199	<b>100,00</b>	95	<b>100,00</b>	294	<b>100,00</b>

La Tabla 31 señala que el 23, 62% del establecimiento de Huánuco casi nunca se siente triste en comparación a un 13, 68% del establecimiento de Tingo María. Además, el 56, 28% del establecimiento de Huánuco algunas veces se siente triste en relación con un 67, 37% del establecimiento de Tingo María.

**Tabla 31.**

*Frecuencia de sentirse triste*

Respuesta	ESTABLECIMIENTO				TOTAL	
	HUÁNUCO		TINGO MARÍA			
	<i>F</i>	%	<i>f</i>	%	<i>F</i>	%
Casi nunca	47	23,62	13	13,68	60	20,41
Algunas veces	112	56,28	64	67,37	176	59,86
Casi siempre	40	20,10	18	18,95	58	19,73
<b>Total</b>	199	<b>100,00</b>	95	<b>100,00</b>	294	<b>100,00</b>

La Tabla 32 muestra que el 51, 26% del establecimiento de Huánuco casi nunca tiene pensamientos pesimistas sobre el futuro en comparación de un 47, 37% del establecimiento de Tingo María.

**Tabla 32.**

*Frecuencia de pensamientos pesimistas sobre el futuro*

Respuesta	ESTABLECIMIENTO				TOTAL	
	HUÁNUCO		TINGO MARÍA			
	<i>F</i>	%	<i>f</i>	%	<i>F</i>	%
Casi nunca	102	51,26	45	47,37	147	50,00
Algunas veces	73	36,68	36	37,89	109	37,07
Casi siempre	24	12,06	14	14,74	38	12,93
<b>Total</b>	199	<b>100,00</b>	95	<b>100,00</b>	294	<b>100,00</b>

La Tabla 33 muestra que el 45, 26% del establecimiento de Tingo María tiene buen sueño en comparación del 30, 65% del establecimiento de Huánuco. Además, el 62, 81% del establecimiento de Huánuco tiene el sueño regular en relación con un 47, 37% del establecimiento de Tingo María.

**Tabla 33.**

*Frecuencia de calidad de sueño*

Respuesta	ESTABLECIMIENTO				TOTAL	
	HUÁNUCO		TINGO MARÍA			
	<i>F</i>	%	<i>f</i>	%	<i>F</i>	%
Bueno	61	30,65	43	45,26	104	35,37
Regular	125	62,81	45	47,37	170	57,82
Malo	13	6,53	7	7,37	20	6,80
<b>Total</b>	199	<b>100,00</b>	95	<b>100,00</b>	294	<b>100,00</b>

La Tabla 34 muestra que el 62, 11% del establecimiento de Tingo María se siente “bien” consigo mismo en comparación del 46, 73% del establecimiento de Huánuco. Además, el 8, 04% del establecimiento de Huánuco se siente mal consigo mismo en relación con un 3, 16% del establecimiento de Tingo María.

**Tabla 34.**

*Frecuencia de cómo se siente consigo mismo*

Respuesta	ESTABLECIMIENTO				TOTAL	
	HUÁNUCO		TINGO MARÍA			
	<i>f</i>	%	<i>F</i>	%	<i>F</i>	%
Bien	93	46,73	59	62,11	152	51,70
Regular	90	45,23	33	34,74	123	41,84
Mal	16	8,04	3	3,16	19	6,46
<b>Total</b>	199	<b>100,00</b>	95	<b>100,00</b>	294	<b>100,00</b>

La Tabla 35 indica que el 44, 72% del establecimiento de Huánuco casi siempre disfruta de su tiempo libre en comparación del 29, 47% del establecimiento de Tingo María. Además, el 55, 79% del establecimiento de Tingo María algunas veces disfruta de su tiempo libre en relación con un 40, 70% del establecimiento de Huánuco.

**Tabla 35.**

*Frecuencia de disfrute de tiempo libre*

Respuesta	ESTABLECIMIENTO				TOTAL	
	HUÁNUCO		TINGO MARÍA			
	<i>F</i>	%	<i>f</i>	%	<i>F</i>	%
Casi nunca	29	14,57	14	14,74	43	14,63
Algunas veces	81	40,70	53	55,79	134	45,58
Casi siempre	89	44,72	28	29,47	117	39,80
<b>Total</b>	199	<b>100,00</b>	95	<b>100,00</b>	294	<b>100,00</b>

***Situación sociolaboral.***

La Tabla 36 muestra que el 62, 31% y 36, 18% del establecimiento de Huánuco trabajan actualmente como técnicos y directivos respectivamente en comparación del 57, 84% y 2, 11% del establecimiento de Tingo María. Además, el 10, 53% y el 30, 53% del establecimiento de Tingo María trabajan actualmente como profesionales y otras ocupaciones respectivamente con relación a un 1, 51% y 0, 00% del establecimiento de Huánuco.



**Tabla 36.***Frecuencia de tipo de Trabajo actual*

Respuesta	ESTABLECIMIENTO				TOTAL	
	HUÁNUCO		TINGO MARÍA			
	<i>F</i>	%	<i>f</i>	%	<i>F</i>	%
Auxiliar/Técnico	124	62,31	54	57,84	178	60,55
Profesional	3	1,51	10	10,53	13	4,42
Directivo	72	36,18	2	2,11	74	25,17
No contesta	0	0,00	29	30,53	29	9,86
<b>Total</b>	199	<b>100,00</b>	95	<b>100,00</b>	294	<b>100,00</b>

La Tabla 37 muestra que el 65, 26% del establecimiento de Tingo María tiene de 0 a 2 hijos en comparación del 50, 75% del establecimiento de Huánuco. Además, el 14, 07% del establecimiento de Huánuco tiene más de 5 hijos en relación con un 6, 32% del establecimiento de Tingo María. También el 35, 18% del establecimiento de Huánuco tiene entre 3 y 5 hijos en relación con un 28 42% del establecimiento de Tingo María.

**Tabla 37.***Frecuencia de Número de hijos*

Respuesta	ESTABLECIMIENTO				TOTAL	
	HUÁNUCO		TINGO MARÍA			
	<i>F</i>	%	<i>f</i>	%	<i>F</i>	%
0 a 2 hijos	101	50,75	62	65,26	163	55,44
3 a 5 hijos	70	35,18	27	28,42	97	32,99
Más de 5 hijos	28	14,07	6	6,32	34	11,56
<b>Total</b>	199	<b>100,00</b>	95	<b>100,00</b>	294	<b>100,00</b>

- ***Identificar los estilos de vida de riesgo en pacientes de Hospitales de EsSalud de la Región de Huánuco 2018.***

En la Tabla 38 en relación a la conducta de alimentación, que, aquellos que consumen verduras algunos días a la semana, aquellos que consumen frutas algunos días a la semana, aquellos que comen 2 panes al día, aquellos que comen 2 porciones de arroz al día, aquellos que algunas veces agregan azúcar a sus alimentos o bebidas, aquellos que algunas veces agregan sal a sus alimentos, aquellos que algunas veces comen alimentos entre comidas, aquellos que algunas veces comen alimentos fuera de casa, aquellos que algunas veces piden que le sirvan más cuando termina de comer, cuentan con estilo de vida de riesgo por presentar un OR mayor al valor de 1.

En cuanto a actividad física, aquellos que 1 o 2 veces por semana hacen al menos 15 minutos de ejercicio, aquellos que algunas veces se mantienen ocupados fuera de sus actividades habituales de trabajo, aquellos que trabajan en casa en su tiempo libre, cuentan con estilo de vida de riesgo por presentar OR mayor al valor de 1.

En lo referente a conductas nocivas, aquellos que algunas veces fuman, aquellos que fuman de 1 a 5 cigarrillos al día, aquellos que rara vez beben alcohol, aquellos que consumen de 1 a 2 bebidas alcohólicas, cuentan con estilo de vida de riesgo por presentar OR mayor al valor de 1.

Sobre información en Salud, aquellos que asisten de 1 a 3 charlas para mantenimiento de su salud, aquellos que algunas veces obtienen información sobre su estado de salud, cuentan con estilo de vida de riesgo por presentar OR mayor al valor de 1.

Relativo al estado psicoemocional, aquellos que algunas veces se enojan con facilidad, aquellos que algunas veces se sienten tristes, aquellos que algunas veces cuentan con pensamientos pesimistas,

aquellos que su sueño es regular, aquellos que se sienten regular consigo mismo, aquellos que algunas veces disfrutan de su tiempo libre, cuentan con estilo de vida de riesgo por presentar OR mayor al valor de 1.

Concerniente a lo sociolaboral, aquellos que su trabajo actual es profesional, aquellos que el número de hijos es de 3 a 5, cuentan con estilo de riesgo por presentar OR mayor al valor de 1.

Por lo tanto, se comprobó de que existen estilos de vida de riesgo (conductas patógenas) en pacientes de Hospitales de EsSalud de la Región de Huánuco 2018.

**Tabla 38.***Estilos de vida de riesgo*

<b>CUESTIONARIO DE ESTILO DE VIDA</b> <b><i>CEV EsSalud</i></b>			
<b>PREGUNTAS</b>	<b>RESPUESTAS</b>		<b>O-RATIO</b>
1. ¿Con qué frecuencia come verduras?	Algunos días	Casi nunca	<b>1.04</b>
2. ¿Con que frecuencia come frutas?	Algunos días	Casi nunca	<b>1.70</b>
3. ¿Cuántos panes come al día?	2	3 o más	<b>2.91</b>
4. ¿Cuántas porciones de arroz come al día?	2	3 o más	<b>7.33</b>
5. ¿Agrega azúcar a sus alimentos o bebidas?	Algunas veces	Frecuentemente	<b>4.21</b>
6. ¿Agrega sal a los alimentos cuando los está comiendo?	Algunas veces	Casi siempre	<b>5.54</b>
7. ¿Come alimentos entre comidas?	Algunas veces	Frecuentemente	<b>7.70</b>
8. ¿Come alimentos fuera de casa?	Algunas veces	Frecuentemente	<b>4.03</b>
9. ¿Cuándo termina de comer la cantidad servida inicialmente, pide que le sirvan más?	Algunas veces	Casi siempre	<b>1.11</b>
10. ¿Con qué frecuencia hace al menos 15 minutos de ejercicio? (Caminar rápido, correr o algún otro)	1 a 2 veces por semana	Casi nunca	<b>2.22</b>
11. ¿Se mantiene ocupado fuera de sus actividades habituales de trabajo?	Algunas veces	Casi nunca	<b>2.04</b>
12. ¿Qué hace con mayor frecuencia en su tiempo libre?	Trabajos en casa	Ver televisión	<b>11.79</b>
13. ¿Fuma?	Algunas veces	Fumo a diario	<b>2.43</b>
14. ¿Cuántos cigarrillos fuma al día?	1 a 5	6 o más	<b>1.60</b>
15. ¿Bebe alcohol?	Rara vez	1 vez o más por semana	<b>3.27</b>
16. ¿Cuántas bebidas alcohólicas toma en cada ocasión?	1 a 2	3 o más	<b>3.20</b>
17. ¿A cuántas charlas para mantenimiento de la salud ha asistido?	1 a 3	Ninguna	<b>3.08</b>
18. ¿Trata de obtener información sobre su estado de salud?	Algunas veces	Casi nunca	<b>4.25</b>
19. ¿Se enoja con facilidad?	Algunas veces	Casi siempre	<b>5.09</b>
20. ¿Se siente triste?	Algunas veces	Casi siempre	<b>3.82</b>
21. ¿Tiene pensamientos pesimistas sobre su futuro?	Algunas veces	Casi siempre	<b>5.16</b>
22. ¿Cuál es tu trabajo actual?	Profesional	Auxiliar/Técnico	<b>3.27</b>
23. ¿Como es su sueño?	Regular	Malo	<b>2.71</b>
24. ¿Cómo se siente consigo mismo?	Regular	Mal	<b>2.88</b>
25. ¿Usted disfruta su tiempo libre?	Algunas veces	Casi nunca	<b>1.49</b>
26. ¿N° de hijos?	3 a 5 hijos	más de 5	<b>3.39</b>

- ***Identificar los estilos de vida en pacientes de Hospitales de EsSalud de la Región de Huánuco 2018.***

En la Tabla 39 se observa en relación a conducta de alimentación, que, aquellos que consumen frutas y verduras todos los días a la semana, que comen de 0 a 1 pan al día, que ingieren de 0 a 1 porción de arroz al día, que casi nunca agregan azúcar a sus alimentos o bebidas, que por lo general no agregan sal a sus alimentos, que pocas veces comen alimentos entre comidas, que no suelen consumir alimentos fuera de casa, que no acostumbran a pedir que les sirvan más cuando termina de comer; cuentan con estilo de vida protector por presentar un OR por debajo del valor de 1.

En cuanto a actividad física, aquellos que 3 o más veces por semana hacen al menos 15 minutos de ejercicio, que casi siempre se mantienen ocupados fuera de horas laborales y que salen de casa en su tiempo libre cuentan con un estilo de vida protector por presentar OR por debajo del valor de 1.

En lo referente a conductas nocivas, aquellos que no fuman y que nunca beben alcohol, cuentan con un estilo de vida protector por presentar OR por debajo del valor de 1.

Sobre información en salud, aquellos que asisten a 4 o más charlas para mantenimiento de su salud y que casi siempre obtienen información sobre su estado de salud cuentan con un estilo de vida protector por presentar OR por debajo del valor de 1.

Relativo al estado psicoemocional, aquellos que no acostumbran a enojarse con facilidad, que por lo general no se sienten tristes, que casi nunca cuentan con pensamientos pesimistas, que tienen buen sueño, que se sienten bien consigo mismos y que disfrutan siempre de su tiempo libre, cuentan con un estilo de vida protector por presentar OR por debajo del valor de 1.

Concerniente a lo sociolaboral, aquellos que consideran su trabajo actual directivo y que el número de hijos es de 0 a 2, cuentan con un estilo de vida protector por presentar OR por debajo del valor de 1.

Por esto, se aprueba la hipótesis de que existen estilos de vida protectores (conductas inmunógenas) en pacientes de Hospitales de EsSalud de la región de Huánuco 2018.

**Tabla 39.***Estilos de vida protectores*

<b>PREGUNTAS</b>	<b>RESPUESTAS</b>		<b>O-RATIO</b>
1. ¿Con qué frecuencia come verduras?	Toda la semana	Casi nunca	0.24
2. ¿Con qué frecuencia come frutas?	Toda la semana	Casi nunca	0.12
3. ¿Cuántos panes come al día?	0 a 1	3 o más	0.13
4. ¿Cuántas porciones de arroz come al día?	0 a 1	3 o más	0.05
5. ¿Agrega azúcar a sus alimentos o bebidas?	Casi nunca	Frecuentemente	0.15
6. ¿Agrega sal a los alimentos cuando los está comiendo?	Casi nunca	Casi siempre	0.07
7. ¿Come alimentos entre comidas?	Casi nunca	Frecuentemente	0.02
8. ¿Come alimentos fuera de casa?	Casi nunca	Frecuentemente	0.03
9. ¿Cuándo termina de comer la cantidad servida inicialmente, pide que le sirvan más?	Casi nunca	Casi siempre	0.22
10. ¿Con qué frecuencia hace al menos 15 minutos de ejercicio? (Caminar rápido, correr o algún otro)	3 o más veces por semana	Casi nunca	0.25
11. ¿Se mantiene ocupado fuera de sus actividades habituales de trabajo?	Casi siempre	Casi nunca	0.26
12. ¿Qué hace con mayor frecuencia en su tiempo libre?	Salir de casa	Ver televisión	0.06
13. ¿Fuma?	No fumo	Fumo a diario	0.09
14. ¿Cuántos cigarrillos fuma al día?	Ninguno	6 o más	0.29
15. ¿Bebe alcohol?	Nunca	1 vez o más por semana	0.06
16. ¿Cuántas bebidas alcohólicas toma en cada ocasión?	Ninguna	3 o más	0.08
17. ¿A cuántas charlas para mantenimiento de la salud ha asistido?	4 o más	Ninguna	0.14
18. ¿Trata de obtener información sobre su estado de salud?	Casi siempre	Casi nunca	0.09
19. ¿Se enoja con facilidad?	Casi nunca	Casi siempre	0.08
20. ¿Se siente triste?	Casi nunca	Casi siempre	0.04
21. ¿Tiene pensamientos pesimistas sobre su futuro?	Casi nunca	Casi siempre	0.07
22. ¿Cuál es tu trabajo actual?	Directivo	Auxiliar/Técnico	0.20
23. ¿Cómo es su sueño?	Bueno	Malo	0.11
24. ¿Cómo se siente consigo mismo?	Bien	Mal	0.07
25. ¿Usted disfruta su tiempo libre?	Siempre	Casi nunca	0.43
26. ¿Nº de hijos?	0 a 2 hijos	más de 5	0.25

## 4.5 Discusión

Los resultados sobre las características de las dimensiones de estilos de vida, estilos de vida de riesgo y estilos de vida protectores; se basaron desde un enfoque de la promoción de la salud en la que la población controla su propia salud y la mejora, refrendado por Matarazzo (1984) quien describe a la promoción de la salud como “los esfuerzos de las personas que realizan por reducir sus patógenos conductuales y practicar conductas que sirvan como inmunógenos conductuales”. (p. 60)

Se deduce entonces, que, en el repertorio de conducta de un individuo, conviven hábitos saludables y dañinos, estilo de vida saludables y estilos de vida no saludables, y depende de la práctica de estos comportamientos individuales en su quehacer diario, que le permitirá aspirar a su salud o a su enfermedad. Entonces depende en gran medida de conductas para la salud de los individuos, realizar hábitos saludables, buscar cuidados médicos y obedecer las recomendaciones de estos (Oblitas & Becoña, 2000).

En Estados Unidos se ha llevado a cabo un estudio importante en una muestra de 7000 personas, se les realizó seguimiento durante 5 y 9 años, los resultados mostraron una clara relación entre longevidad y siete conductas de salud: “1) Dormir de 7 a 8 horas; 2) Desayunar casi todos los días; 3) Tres comidas al día, sin picar entre comidas; 4) Mantener el peso corporal dentro de los límites normales; 5) Practicar ejercicio físico regularmente; 6) Uso moderado del alcohol o no beberlo; y, 7) No fumar”. (Belloc & Breslow, 1972 como se citó en Oblitas, 2010, p. 86).

Cabe indicar, que en las investigaciones revisadas, generalmente brindan resultados por dimensiones o dominios, sin embargo con la intención de conocer con más profundidad los estilos de vida, este último considerado como parte del modo de vida, en el presente estudio, se realizó un análisis y homogeneidad por ítems con sus tres diferentes respuestas, considerando que estas respuestas indican tres comportamientos diferentes sobre un estilos de vida en particular.



En relación a lo mencionado, el presente estudio planteó conocer si los estilos de vida difieren por establecimientos en pacientes de Hospitales de EsSalud de la Región de Huánuco y los resultados permitieron observar que el estilo de vida por establecimiento no difiere o es homogéneo estadísticamente en cuanto a estilos de vida saludables, estilos de vida de riesgo y estilos de vida no saludables, por presentar el valor  $p=0.480 > 0.05$ . Consiguientemente, los datos descriptivos indican que un 45, 26% y 25, 26% de la población de Tingo María y un 39, 20% y 31, 66% de la población de Huánuco presenta estilo de vida en riesgo y estilos de vida no saludables respectivamente, y solo un 29% en ambos establecimientos presentan estilos de vida saludables.

Estos resultados, son corroborados por estudios realizados en Perú, por Rafael y Paredes (2017) quienes hallaron que de los profesionales de enfermería, el 63, 5% presentó un estilo de vida no saludable y solo el 36, 5%, un estilo de vida saludable; Vilca (2017) observó que el 59% de los profesionales de enfermería tienen un estilo de vida saludable y el 41% es no saludable; Cáceres (2016) sustentó que 71% de los pacientes (HTA) refieren practicar estilos de vida no saludables y solo el 29% estilos de vida saludables; Exaltación (2016) en general, el 67,5% de pacientes (DM II) tuvieron prácticas de estilos de vida no saludables  $p \leq 0,027$ ; Ortiz y Ruiz (2016) determinó en nivel de estilo de vida, donde la categoría “saludable” presento un 51,5%; un 29,1% se encontraban poco saludables; seguido de 12,5% cuyo estilo de vida fue muy saludable y un 7% se hallaron no saludables. Por otra parte, en Colombia, Suescún et al. (2017) evidenció el hecho de que el 38, 5% presentó estilo de vida saludable.

Respecto a la hipótesis específica de que, si los comportamientos de estilos de vida de los pacientes difieren por establecimientos, y de los objetivos específicos de identificar las características de las dimensiones de los estilos de vida e identificar los estilos de vida de riesgo y protectores en los pacientes de los Hospitales de EsSalud de la Región de Huánuco; los resultados demuestran en cuanto a las dimensiones:

*Conducta de alimentación:* Correspondiente a comportamientos de estilos de vida que no difieren por establecimientos por presentar un  $p>0.05$ ; están el consumo de frutas, consumo de panes, consumo de arroz, consumo de azúcar, comer alimentos entre comidas, comer alimentos fuera de casa o pedir que le sirva más cuando termina de comer. Sin embargo, si difiere el comportamiento de estilos de vida por establecimientos por presentar  $p<0.05$  en el consumo de verduras y agregar sal a los alimentos. En la población huanuqueña, descriptivamente un 64, 32% consumen verduras todos los días de la semana y 27, 14% agregan sal casi siempre y; la población tingalesa en un 48, 42% come verduras algunos días de la semana.

Del mismo modo, las conductas protectoras (*inmunógenos conductuales*) que los resultados del estudio revelan con un  $OR<1$  se refiere a: el consumir verduras todos los días a la semana, comer frutas todos los días a la semana, ingerir de 0 a 1 pan al día, consumir de 0 a 1 porción de arroz al día, por lo general no agregar azúcar a sus alimentos o bebidas, no acostumbrar a agregar sal a sus alimentos, casi nunca comer alimentos entre comidas, no estar habituado a comer alimentos fuera de casa y casi nunca pedir que le sirvan más cuando se termina de comer.

Y se consideran conductas de riesgo (*patógenos conductuales*) por presentar un  $OR>1$ , el consumir verduras algunos días a la semana, consumir frutas algunos días a la semana, comer 2 panes al día, comer 2 porciones de arroz al día, agregar azúcar algunas veces a sus alimentos o bebidas, agregar sal algunas veces a sus alimentos, comer alimentos algunas veces entre comidas, comer alimentos algunas veces fuera de casa y pedir algunas veces que le sirva más cuando termina de comer.

Los resultados anteriores guardan correspondencia con los datos de estudios peruanos, como los de Rafael y Paredes (2017) que demostró en profesionales de enfermería sobre la dimensión alimentación, que un 37, 6% tenían alimentación saludable y no saludable un 62, 4%; Vilca (2017) afirmó que respecto a nutrición saludable el 60% de ellas tienen estilos de vida saludable y el 40% no saludable y; Reynaga (2016) quien halló que los

estilos de vida que practican los estudiantes son poco saludables demostrando que tanto la actividad física y la alimentación saludable lo practican “a veces” un 41,8%”; Exaltación (2016), determino que el 52,5% de pacientes con DM II tuvieron estilos de vida saludables  $p \leq 0,752$ ; Ortiz y Ruiz (2016) indicaron que de la mitad de los estudiantes refirieron que sus hábitos alimenticios fueron saludables 59,6% y; Ortiz y Ruiz (2016) informan que los estudiantes refirieron que sus hábitos alimenticios fueron saludables en un 59,6%.

Es pertinente traer a colación el estudio sobre universitarios de Suescún et al. (2017), donde refirió que el 87, 2% de los estudiantes ingiere frutas, verduras, granos y alimentos sin procesar, “los porcentajes encontrados en este estudio pueden relacionarse con que los estudiantes se alimenten en establecimientos del área de influencia de la universidad, que en su menú incluyen porciones de frutas, verduras y granos” (p. 230).

Por otra parte, Miqueleiz et al. (2015), en su investigación sobre estilos de vida de progenitores, probó que “los progenitores españoles consumen bebidas azucaradas menos días por semana, pero consumen más zumos de frutas” (p. 523). Cáceres (2016), aseveró:

“[Que] los estilos de vida con respecto a los hábitos alimenticios, el 93% consumen pollo tres veces por semana, el 80% consumen agua diariamente, el 78% consumen verduras diariamente, 62% consumen frutas diariamente, el 51% consumen huevos tres veces por semana, sin embargo, el 93% consumen sal más en 3 alimentos al día, el 89% preparan alimentos guisados”. (p. 6)

Instituto de Empresa (2005), en su estudio observó que, “la imagen física es menos importante, pero también preocupa: la mitad de la población afirma que cuida mucho su alimentación para lucir una figura atractiva” (p. 76). 8 de cada 10 cree seguir hábitos alimenticios saludables.

*Actividad física:* Se demuestra que los comportamientos de estilos de vida son homogéneos por establecimientos por presenta  $p > 0.05$ . Sin embargo, el 42, 21% de la población huanuqueña realiza 3 a más veces a la semana 15

minutos de ejercicios a diferencia de la población tingalesa el 28, 42%. En este sentido, se consideran conductas protectoras (*inmunógenos conductuales*) por presentar un  $OR < 1$ , hacer 3 o más veces por semana al menos 15 minutos de ejercicio, mantenerse casi siempre ocupado fuera de horas laborales y salir de casa en su tiempo libre. Por otra parte, se consideran conductas de riesgo (patógenos conductuales) por revelar un  $OR > 1$ , hacer al menos 15 minutos de ejercicios 1 o 2 veces por semana, mantenerse algunas veces ocupados fuera de horas laborales, trabajar en casa en su tiempo libre.

Estos resultados son afines a los estudios de Suescún, Sandoval, Hernández, Araque, Helena, Bernal, y Corredor (2017) en Colombia, quienes hallaron en relación con la actividad física, que el 43 1% de la población la realiza por 30 minutos actividad física al menos tres veces por semana. A su vez, Miqueleiz et al. (2015), en España, confirmó que “los progenitores españoles son más activos yendo a su trabajo, son menos sedentarios, pero realizan actividad física en su tiempo libre menos días por semana” (p. 523). Pese a esto, prestan más atención y estimulan más los hábitos saludables.

Al mismo tiempo, en Perú, un estudio en profesionales de enfermería, Rafael y Paredes, (2017), refirieron que estos presentaron, en cuanto a la dimensión actividad física y deporte, saludable 35 9% y no saludable 6 41%. De igual forma Vilca (2017), aseveró que en actividad física el 80% no tienen estilos de vida saludable y el 20% sí. En la misma dirección, Cáceres (2016), sostuvo que “el 73% de los pacientes realizan actividad física y caminatas diariamente, y el 71% realizan caminatas mínimo 30 minutos diarios” (p. 6). Exaltación (2016) en pacientes con DM II, sobre la dimensión actividad física, el 85,0% presentaron estilos de vida no saludables  $p \leq 0,000$ .

“Se considera que la práctica de la actividad física tiene una gran importancia higiénica preventiva para el desarrollo armónico del sujeto (niño, adolescente y adulto) y para el mantenimiento del estado de salud del mismo. La práctica de cualquier deporte conserva siempre un carácter lúdico y pudiera ser una buena medida preventiva y terapéutica, ya que conlleva

aspectos sociales, lúdicos e incluso bioquímicos que favorecen el desarrollo de las potencialidades del individuo”. (Ceballos, s.f. como se citó en Fiorentino, 2010, p. 72)

La OMS mostró datos y cifras sobre la actividad física, con la siguiente consideración:

“[Que] la inactividad física es uno de los principales factores de riesgo de mortalidad a nivel mundial y uno de los principales factores de riesgo de padecer enfermedades no transmisibles (ENT), como las enfermedades cardiovasculares, el cáncer y la diabetes. Por otro lado, la actividad física tiene importantes beneficios para la salud y contribuye a prevenir las ENT. A nivel mundial, uno de cada cuatro adultos no tiene un nivel suficiente de actividad física, más del 80% de la población adolescente del mundo no tiene un nivel suficiente de actividad física, el 56% de los estados miembros de la OMS ha puesto en marcha políticas para reducir la inactividad física, los estados miembros de la OMS han acordado reducir la inactividad física en un 10% para 2025”. (Organización Mundial de la Salud, 2018, párr. 1-7)

“[La actividad y ejercicios físicos] también aportan beneficios psicológicos, pues se ha visto que la realización de una actividad física regular reporta beneficios considerables a la persona. En primer lugar, una actividad física enérgica practicada regularmente reduce los sentimientos de estrés y ansiedad. Pueden proteger a la gente de los efectos perjudiciales del estrés sobre la salud, el ejercicio y la buena forma física. Existe una marcada evidencia que la realización de ejercicio o gozar de buena salud contribuye a la estabilidad emocional, fruto de la reducción de la ansiedad, la depresión y la tensión. Además, aquellos individuos que siguen programas para estar en forma informaron que mejoraron en sus actitudes y actividad laboral, y finalmente, la participación en una actividad física regular contribuye a la mejora del autoconcepto del sujeto porque las personas que realizan ejercicio mantienen más fácilmente el peso adecuado, presentan un aspecto más atractivo y se suelen implicar de modo exitoso en distintos deportes y actividades físicas”. (Oblitas & Becoña, 2000, p. 76).

Al respecto, el Instituto de Empresa (2005), afirmó que 7 de cada 10 personas aseguran hacer lo posible para mantener un estado físico saludable, empero, el 22% lleva una vida sedentaria. Y como actividad de ocio es considerada el ejercicio físico el 40% de la población, aunque el 36% reconoce que nunca lo hace.

*Conductas nocivas:* En cuanto a los comportamientos de estilos de vida que son homogéneas por establecimientos por presenta un  $p>0.05$ ; serían fumar, la cantidad de cigarrillos que fuma, beber alcohol, y cantidad de bebidas alcohólicas; descriptivamente el 21,11%, de la población huanuqueña fuma a veces y también se debe tener en cuenta que un 77, 21% del total de la muestra nunca fumo. Como también, se considera conductas protectoras (*inmunógenos conductuales*) el no fumar y nunca beber alcohol por presentar un valor de  $OR<1$ . Sin embargo, Fumar algunas veces, beber alcohol rara vez, consumir de 1 a 2 bebidas alcohólicas en todo caso serían las consideradas conductas de riesgo (*patógenos conductuales*) por presentar un valor de  $OR>1$ . Descriptivamente en Huánuco y Tingo María un 55, 44% y un 40, 14% nunca y rara vez bebe alcohol en la semana.

Coincidiendo estos datos con realidades peruanas, en los estudios de Rafael y Paredes (2017), en un estudio en profesionales de enfermería, encontraron, sobre la dimensión hábitos de consumo, que un 37,1% fue saludable, mientras que un 62, 9% no lo fue. A su vez, Campos (2009), expuso que “el estilo de vida ubicado en la categoría superior corresponde a valores de vida en relación con la espiritualidad e intelectualidad y se abstienen del consumo de alcohol y otras sustancias” (p. 93), así como, “en relación al factor afabilidad de la personalidad nos arroja resultados similares, donde la mayor puntuación corresponde a valores de vida y la menor a conducta protectora es para el consumo de alcohol y otras sustancias” (p. 94). En el mismo sentido, Reynaga (2016), afirmó en un estudio en universitarios, que el consumo de alcohol y tabaco suele ser “a menudo” de un 47, 1%. Arrebola et al. (2013) en España, aseveró:

“[Que] al finalizar la intervención, se observó que los sujetos cuyo periodo de exfumadores fue < 4 meses presentaron menor adherencia al programa de Modificación de Estilos de Vida, mientras que aquellos con un periodo de abstinencia mayor tuvieron una adherencia más alta”. (p. 1532)

También, Delgado, Pezo, Espinoza (2003) en Perú, expusieron que la mayoría de alumnos reportó al menos un hábito nocivo, siendo el consumo de alcohol el más frecuente, como se demostró en un anterior estudio, esto con una frecuencia del 64 6%, porcentaje muy parecido al actual; “en Latinoamérica se estima que la prevalencia de fumadores oscila entre 30 y 49% de los hombres y de 10 a 29% de las mujeres, en nuestro estudio esto datos fueron de 52 1% y 19 4% respectivamente” (p. 39). Por otro lado, se sabe que las mujeres más jóvenes fuman y toman con mayor frecuencia que las más adultas. Exaltación (2016) en pacientes con DM II, sobre la dimensión hábitos nocivos, el 92,5% tuvieron estilos de vida saludables  $p \leq 0,000$ .

Con relación a esto, el Instituto de Empresa (2005), refirió:

“[Que] las mujeres ya casi igualan a los hombres en el consumo de tabaco: si el 27% de ellos son fumadores habituales, el 23% de ellas también lo es, siete de cada diez personas no lo hacen, y el 44% no sólo no fuma hoy, sino que no lo ha hecho nunca”. (p. 76)

Es evidente que numerosas investigaciones han demostrado que el tabaquismo constituye un factor de riesgo que se relaciona estrechamente con distintos tipos de enfermedades. “En el sistema nervioso central existen receptores específicos para la nicotina, que es el agente farmacológico que causa la adicción, pero, además, los otros componentes del tabaco poseen gran potencial cancerígeno, como por ejemplo los denominados alquitranes” (Fiorentino, 2010, p. 80). La OMS (2019) informa sobre datos y cifras:

“[Que] el tabaco mata hasta a la mitad de sus consumidores y mata cada año a más de 7 millones de personas, de las que más de 6 millones son consumidores del producto y alrededor de 890 000 son no fumadores expuestos al humo de tabaco ajeno. [Finalmente], casi el 80% de los más de

mil millones de fumadores que hay en el mundo viven en países de ingresos bajos o medios”. (párr. 1-3)

“Por ejemplo, las cifras de mortalidad al año por muertes prematuras a causa del tabaco se aproximan a 390.000 en EE. UU., 500.000 en Europa, 44.000 en España y 14.000 en México (Becoña, 1994a). Sin lugar a duda, es la principal causa de muerte prevenible en el mundo, con un total de tres millones de defunciones al año. Más que todas las que provocan la suma juntas del alcohol, las drogas ilegales, los homicidios, los suicidios, los accidentes de coche y el SIDA”. (Becoña & Vázquez, 1999, pp. 185-186)

En este contexto se evidencia la venta y el consumo de drogas ilegales. En los últimos años, este tipo de drogas han creado muchos problemas serios en el medio. Las dificultades, sin embargo, son principalmente de índoles sociales y no relacionadas con la salud física. “La gente que muere como consecuencia de los efectos de las drogas ilegales es muy poca, si la comparamos con la generada por el tabaco y el alcohol” (Oblitas, 2008, pp. 236-237).

*Información en salud:* Se demostró que la población huanuqueña asiste en 41, 21% de 1 a 3 y 15, 08% de 4 más charlas para el mantenimiento de su salud que la población tingalesa en 29, 47% y 8, 42%, demostrándose que estos comportamientos de estilos de vida si difieren por establecimientos por presentar un  $p < 0.05$ . Y por otro lado, no difieren en cuanto a obtener información sobre su estado de salud donde el  $p > 0.05$ . Así, asistir a 4 o más charlas para el mantenimiento de la salud y casi siempre obtener información sobre su estado de salud, son consideradas como conductas protectoras (*inmunógenos conductuales*) por presentar  $OR < 1$ . Y asistir de 1 a 3 charlas para el mantenimiento de su salud, y obtener algunas veces información sobre el estado de salud, serían consideradas como conductas de riesgo (*patógenos conductuales*) por revelar un  $OR > 1$ .

Estos resultados son corroborados en Perú, por Vilca (2017), quien afirma que en la responsabilidad en salud el 52% de enfermeras tienen estilos de vida saludable y el 48% es no saludable. Y del mismo modo, Carrillo y



Amaya (2006) explicaron que “las necesidades fundamentales relacionadas con la alimentación, el ejercicio, evitar peligros y recreación son las que tienen prácticas que requieren ser modificadas para mantener los estilos de vida saludables” (p. 10). Exaltación (2016) en pacientes con DM II, sobre la dimensión información sobre diabetes, el 90,0% presentaron estilos de vida no saludables  $p \leq 0,000$ .

“Al evaluar el estilo de vida de estos pacientes encontramos que los comportamientos no promotores de salud prevalecieron en la muestra, aparecen así con peores resultados los relacionados con responsabilidad con la salud, soporte interpersonal y ejercicio físico”. (Calvo et al., 2004, párr. 1)

“Agregado a eso, Costa y López (1996) como se citó en Fiorentino (2010) consideraron que la educación para la salud constituye un instrumento más para lograr los objetivos de la promoción de la salud y que no es posible definir en qué consiste esta última si previamente no se hace referencia al concepto de educación para la salud, a la que definieron como “un proceso planificado y sistemático de comunicación y de enseñanza- aprendizaje orientado a hacer fácil la adquisición, elección y mantenimiento de las prácticas saludables y hacer difíciles las prácticas de riesgo”; por el contrario, la promoción de la salud es considerada “como cualquier combinación de educación para la salud y apoyos de tipo organizativo, legislativo o normativo, económico y ambiental que faciliten las prácticas saludables”, es decir, se trataría de un proceso amplio por medio del cual los individuos, los grupos y las comunidades mejoran su control sobre los determinantes personales y ambientales de la salud”. (p. 58)

Por su parte, Fernández y Amigo (1998) como se citó en Fiorentino (2010) aseveraron que las creencias que sobre la salud sostienen las personas influyen marcadamente sobre sus hábitos. Cada persona construye un modelo explicativo acerca de la salud, de las causas de las enfermedades, el significado que le otorga a la misma, así como el concepto acerca de cómo se deben implementar los cambios. Una persona puede creer que, mediante

una dieta vegetariana y actividad física regular, puede evitar el riesgo de contraer cáncer, o bien que, independiente del estilo de vida que se lleve puede contraerlo. Por todo ello, la información que tienen las personas y el uso que hace de ella es importante en su salud.

Ahora bien, el Instituto de Empresa (2005), afirmó que “no disminuye significativamente el número de consumidores de tabaco” (p. 76), a pesar de las campañas institucionales y de las evidencias científicas de sus efectos en la salud. Así mismo, Sánchez. (2006) aseguró que, “los mensajes presentados como pérdida son más efectivos cuando se promueven conductas para detectar la enfermedad y los mensajes presentados como ganancia son más efectivos cuando promueven conductas preventivas” (p. 613). Del mismo modo, Arrivillaga et al. (2003), certificó que “el factor cognitivo no siempre actúa como mediador determinante en la ejecución de conductas prosalud” (p. 186), y que existe la “incongruencia entre creencias y prácticas en la mayoría de las dimensiones del estilo de vida” (p. 186). Por su parte, Rivera y Gómez (2015), expusieron:

“[Que] en el programa educación alimentaria y actividad física aplicado en n = 75 trabajadores del Hospital I Tingo María durante un período de 08 semanas, permitió que 65 (87%) aprobaran y pudieron acreditar valores normales para los indicadores considerados en el estudio, por tanto, certificados como trabajadores saludables”. (p. 95)

Concluyó así que tuvo efectos positivos en el cambio de actitudes, prácticas, adquirir y aplicar conocimientos sobre educación alimentaria y actividad física (Rivera & Gómez, 2016).

A su vez, Arrebola et al. (2013), sustentó:

“[Que] haber dejado de fumar recientemente, padecer obesidad de grado dos o superior, el alto contenido calórico de la dieta y la menor práctica de ejercicio físico fueron las variables basales identificadas como predictoras de una baja adherencia a un programa de Modificación de Estilos de Vida para el tratamiento de sobrepeso y obesidad en Atención Primaria”. (p. 1530)

*Estado psicoemocional:* En cuanto a los comportamientos de estilos de vida que no difieren por establecimiento por presentar un  $p>0.05$ , sería el enojarse con facilidad, sentirse triste y tener pensamientos pesimistas; por otro lado, sí se observó que difieren por tener un  $p<0.05$  en la calidad de sueño, sentirse bien consigo mismo y disfrutar el tiempo libre, empero descriptivamente se observó que la población tingalesa en un 40, 00% casi siempre se enoja a diferencia de la población huanuqueña en un 28, 64%, ésta última, casi nunca se siente triste en un 26, 62%.; en este punto la población tingalesa en un 45, 26% tiene buen sueño y en un 62, 11% se siente bien consigo mismo, a diferencia de la población huanuqueña en un 42, 72%.

En los resultados sobre el estado psicoemocional, serían consideradas como conductas protectoras (*inmunógenos conductuales*) por revelar un  $OR<01$ , el casi nunca se enojarse con facilidad, no acostumbrarse a sentirse triste, por lo general no tener pensamientos pesimistas, tener un buen sueño, sentirse bien consigo mismo y casi siempre disfrutar de su tiempo libre; y como conductas de riesgo (*patógenos conductuales*) por tener un  $OR>1$ , serían el enojarse algunas veces con facilidad, sentirse algunas veces triste, contar algunas veces con pensamientos pesimistas, tener un sueño regular, sentirse regular consigo mismo y disfrutar algunas veces de su tiempo libre.

A su vez, Rafael y Paredes (2017) en Perú, encontraron en un estudio en profesionales de enfermería sobre la dimensión recreación, “saludable 37 1% y no saludable 62 9%; descanso, saludable 31 2% y no saludable 68 8%; manejo del estrés, saludable 37 1% y no saludable 62 9%” (p. 39). Por su parte, Vilca (2017) en Perú, sostuvo que “en relación con la dimensión crecimiento espiritual el 96% de las enfermeras tienen estilos de vida saludable y el 4% es no saludable” (p. 8). Instituto de Empresa (2005), aseveró que el “26% de los ciudadanos españoles (el 31% de las mujeres) dice vivir estresado” (p. 77). Exaltación (2016) en pacientes con DM II, sobre la dimensión estado emocional, el 95,0% tuvieron estilos de vida no saludables  $p\leq 0,000$ .

Sumado a esto, Campos (2009) concluyó que correspondiente “al estilo de vida: Estrés y apoyo social, donde la puntuación más baja corresponde a los jóvenes que tienen baja estabilidad emocional como factor de personalidad” (p. 95).

Del mismo modo, Fernández y Amigo (como se citó en Fiorentino, 2010) afirmaron:

“[Que] los estados emocionales (ansiedad, aburrimiento, tristeza), suelen desencadenar conductas perjudiciales para la salud (comer en exceso, beber excesivamente alcohol, fumar, sedentarismo). Según Leventhal et al. (1985) como se citó en Fiorentino (2010) se ha comprobado que un alto arousal emocional interfiere con los hábitos saludables de una persona”. (p. 61)

Otro elemento es la autoestima, entendida como el juicio personal de valía que es expresado en las actitudes que el individuo adopta hacia sí mismo. “El nivel de autoestima del sujeto matiza el tipo de respuesta y de afrontamiento que presenta en situaciones de estrés” (Acosta, 2011, p. 20).

En este sentido, el Instituto de Empresa (2005), afirmó:

“[Que] el estilo y la calidad de vida del consumidor lo definen muchas cosas, pero uno de los ítems más importantes es, sin duda, el destino que da a su tiempo libre, qué actividades lleva a cabo en sus horas y días de ocio. Las más habituales, son: pasear (dos de cada tres personas aseguran que pasean "a menudo") y estar en casa leyendo o escuchando música (aproximadamente la mitad de los encuestados, "a menudo")”. (p. 87)

*Sociolaboral:* Los resultados indican que los comportamientos de estilos de vida difieren por establecimientos por presentar un  $p < 0.05$  en cuanto al trabajo actual y el número de hijos. Sin embargo, tener un trabajo actual de directivo y que el número de hijos sea de 0 a 2, serían consideradas como conductas protectoras (*inmunógenos conductuales*) por tener un  $OR < 1$ ; mientras ser profesional, y tener un número de hijos de 3 a 5, serían

considerados como conductas de riesgo (patógenos conductuales) por presentar un  $OR > 1$ .

En el estudio realizado, el número de hijos es importante a la hora de detectar la predisponibilidad de la práctica de estilos de vida saludables, dado que posiblemente un menor número de hijos sea un factor de menor estrés a diferencia de una familia numerosa, debido a que a mayor número mayores necesidades a cubrir. Además, estaría relacionado con el ingreso económico y la disponibilidad de la distribución equitativa en la familia, la escasez de trabajo estaría relacionada con el poder cubrir las necesidades básicas individuales y de los familiares. En sí es un problema nuevo que analizar, del que en la actualidad no se encuentra datos necesarios para poder afirmarlo.

Grimaldo (2010), observó:

“[Que] todos los grupos muestrales, de su estudio, se ubicaron en la categoría de nivel óptimo de calidad de vida, al igual que en el caso del estilo de vida saludable, en donde se aprecia que los tres dominios se ubican en un nivel favorable. Sin embargo, las medias más bajas de los dominios de calidad de vida se observan en los profesionales de la salud que tienen menores ingresos (bienestar económico, amigos, vida familiar, pareja y salud). Así mismo, en el grupo de los médicos se observan las medias más bajas en los dominios de vecindario y comunidad, ocio y medios de comunicación”. (p. 23)

Por su parte, Fernández, Clúa, Báez, Ramírez, y Prieto (2000), afirmaron:

“[Que] un número elevado de ancianos vivía en pareja, y que además un gran número de ellos tenían hijos, aspecto este muy beneficioso para la salud del anciano y el disfrute de bienestar, donde la vida en familia resulta ser un elemento que protege la salud, pues a estas edades la familia adquiere un lugar relevante y se constituye la fuente fundamental de bienestar”. (p. 10)

También sostuvieron que “un aspecto que merece especial atención es la insatisfacción de los ancianos con sus ingresos económicos y la asociación que ellos hacen de ésta con los niveles de salud percibida” (Fernández, Clúa, Báez, Ramírez, & Prieto, 2000, p. 11).

## **CAPÍTULO V**

### **CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

#### **5.1 Conclusiones**

Por lo tanto, se aprueba la hipótesis de que los estilos de vida no difieren o son homogéneas por establecimientos en pacientes de Hospitales de EsSalud de la Región de Huánuco 2018, en cuanto a estilos de vida saludables, estilos de vida de riesgo y estilos de vida no saludables.

Se confirmó la hipótesis de que los comportamientos de estilos de vida de los pacientes difieren por establecimientos Hospitalario de EsSalud de la Región de Huánuco 2018, en relación al consumo de verduras, agregar sal, asistencia a charlas de salud, calidad de sueño, cómo se siente consigo mismo, disfrute de su tiempo libre, trabajo actual y número de hijos.

También se demostró las características de las dimensiones de los estilos de vida en alimentación, actividad física, conductas nocivas, información en salud, estado psicoemocional y sociolaboral en pacientes de Hospitales de EsSalud de la Región de Huánuco 2018.

Finalmente, se determinó que existen estilos de vida de riesgo (conductas patógenas) en pacientes de Hospitales de EsSalud de la Región de Huánuco 2018, tales como consumir verduras y frutas algunos días a la semana; comer dos panes al día y dos porciones de arroz; algunas veces agregar azúcar y sal a sus alimentos o bebidas, comer alimentos entre comidas, comer fuera de casa y pedir que le sirvan más cuando termina de comer; hacer al menos 15 minutos de ejercicios una o dos veces por semana, mantenerse algunas veces ocupados fuera de horas laborales, trabajar en casa en su tiempo libre; algunas veces fumar y beber alcohol y consumir de una a dos bebidas alcohólicas; asistir de una a tres charlas para mantenimiento de la salud y obtener información sobre su estado de salud; algunas veces enojarse con facilidad, sentirse triste y tener pensamientos pesimistas; tener un sueño regular, sentirse regular consigo mismo y

disfrutar algunas veces de su tiempo libre; ser profesional y no serlo y tener de tres a cinco hijos.

Del mismo modo se determinó los estilos de vida protectoras (conductas inmunógenas) en pacientes de Hospitales de EsSalud de la Región de Huánuco 2018, tales como consumir verduras y frutas todos los días a la semana; comer de cero a un pan y de cero a una porción de arroz al día; *casi nunca* agregar a sus alimentos o bebidas azúcar y sal, comer alimentos entre comidas, comer alimentos fuera de casa y pedir que le sirvan más cuando termina de comer; hacer tres o más veces por semana al menos 15 minutos de ejercicio, mantenerse casi siempre ocupado fuera de horas laborales y salir de casa en el tiempo libre; no fumar ni beber alcohol; asistir a cuatro o más charlas para mantenimiento de su salud y casi siempre obtener información sobre su estado de salud; casi nunca enojarse con facilidad, sentirse triste y tener pensamientos pesimistas; tener un buen sueño, sentirse bien consigo mismo y casi siempre disfrutar de su tiempo libre; tener un trabajo actual de directivo y que el número de hijos sea de cero a dos.

## **5.2 Recomendaciones**

- Integrar la promoción y prevención de la salud en base a la práctica de estilos de vida saludables dirigido a los asegurados a nivel nacional.
- Promover los estilos de vida saludables en los asegurados y población en general del Departamento de Huánuco, tomando en consideración las categorías de hábitos de alimentación, condición física, hábitos nocivos, información en salud, estado psicoemocional y sociolaboral.
- Realizar estudios de investigación de tipo experimentales a nivel nacional para establecer factores de riesgo de los estilos de vida practicadas en la Redes Asistenciales de EsSalud.



- Generalizar el uso del Cuestionario de Estilo de Vida CEV EsSalud, en los programas o carteras de servicios del adolescente, mujer, adulto y adulto mayor de EsSalud, por ser un instrumento validado y confiable.

## 6 REFERENCIAS

- Acosta, R. (2011). *Nivel de estrés y las estrategias de afrontamiento que utilizan los adultos mayores de la Asociación Los Auquis de Ollantay, Pamplona Alta, San Juan de Miraflores, 2011. [Tesis de grado]*. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos.
- Aiken, L. (1996). *Test Psicológicos y Evaluación*. México, D.F.: Edit. Prentice Hall Hispanoamericana S.A.
- Albino, E. (2018). *Estilos de vida y uso del tiempo libre de los estudiantes de enfermería de la Universidad de Huánuco 2017. [Tesis de grado]*. Huánuco, Perú: Universidad de Huánuco.
- Álvarez, C. (1998). *Glosario de términos para la administración y gestión de los servicios sanitarios*. Madrid: Díaz de Santos.
- Anastasi, A., & Urbina, S. (1998). *Tests Psicológicos. 7ma.* México, D.F.: Edit. Prentice–Hall Hispanoamericana S.A.
- Arrebola, E., López, B., Koester, T., Bermejo, L., Palma, S., Lisbona, A., & Gómez, C. (2013). Variables predictoras de baja adherencia a un programa de modificación de estilos de vida para el tratamiento del exceso de peso en atención primaria. *Nutrición Hospitalaria*. 28 (5), 1530-1535.
- Arrivillaga, M., Salazar, I., & Correa, D. (2003). Creencias sobre la salud y su relación con las prácticas de riesgo o de protección en jóvenes universitarios. *Colombia Médica*. 34 (4), 186-195.
- Arte historia. (s.f.). *Sociedad de consumo y nuevos estilos de vida*. Obtenido de Arte historia: <https://www.artehistoria.com/es/contexto/sociedad-de-consumo-y-nuevos-estilos-de-vida>
- Ballesteros, C. (2017). *La carta de Ottawa ¿el salto hacia el cambio de paradigma o una utopía?* Obtenido de Escuela Andaluza de Salud Pública: <http://www.easp.es/blogmsp/2017/10/29/la-carta-de-ottawa-el-salto-hacia-el-cambio-de-paradigma-o-una-utopia/>

- Barrón Pavón, M. Verónica, & Mardones Hernández, M. Angélica, & Vera Sommer, Susana, & Ojeda Urzúa, Gonzalo, & Rodríguez Alveal, Francisco (2006). *Comparación de estilos de vida de la población económicamente activa mayor de 65 años entre las ciudades de Chillán y Valparaíso, Chile*. *Theoria*, 15(1), undefined-undefined. [fecha de Consulta 14 de Noviembre de 2019]. ISSN: 0717-196X. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=299/29915104>
- Becoña, E., & Oblitas, L. (2010). Adicciones y salud. En L. Oblitas, *Psicología de la salud y calidad de vida* (págs. 149-164). México, D.F.: International Cengage Learning Editores S.A.
- Becoña, E., & Oblitas, L. (2010). Promoción de estilos de vida saludables. En L. Oblitas, *Psicología de la salud y calidad de vida* (págs. 83-109). México, D.F.: International Cengage Learning Editores S.A.
- Becoña, E., & Vázquez, F. (1999). Promoción de los estilos de vida saludables: ¿realidad o utopía? *Revista de Psicología de la PUCP*. 17 (2), 169-228.
- Botero, B., & Pico, M. (2007). Calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) en adultos mayores de 60 años: una aproximación teórica. *Hacia la Promoción de la Salud*. 12, 11-24.
- Braun, R. (2012). *De la mente al texto: Consulta rápida – Manual de la APA*. 1ra Ed. Lima: Universidad de Lima. Fondo Editorial.
- Buceta, J., & Bueno, A. (1996). *Tratamiento psicológico de hábitos y enfermedades*. Madrid: Ediciones Pirámide.
- Buela, G., Caballo, V., & Sierra, J. (1996). *Manual de evaluación en Psicología Clínica y de la Salud*. Madrid: Siglo Veintiuno Editores, S.A.
- Cáceres, J. (2016). *Estilos de vida en pacientes del programa de hipertensión arterial del Hospital I Carlos Alcántara Butterfield*. [Tesis de grado]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos.

- Calvo, A., Fernández, L., Guerrero, L., González, V., Ruibal, A., & Hernández, M. (2004). Estilos de vida y factores de riesgo asociados a la cardiopatía isquémica. *Revista Cubana de Medicina General Integral*. 20 (3).
- Campos, L. (2009). Los estilos de vida y los valores interpersonales según la personalidad en jóvenes del departamento de Huánuco. *Revista IIPSI Facultad de Psicología UNMSM*. 12 (2), 89-100.
- Carrillo, H., & Amaya, M. (2001). *Estilos de vida saludables de las enfermeras (os) docentes de la Escuela de Enfermería de la Universidad Pedagógica y Tecnológica*. [Tesis de grado]. Tunja: Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia.
- Centro de Escritura Javeriana. (2018). *Normas APA sexta edición*. Cali: Pontificia Universidad Javeriana.
- Cerón, C. (2012). Editorial. *Universidad y Salud*. 14 (2), 115.
- Conocimientos Web. (2014). *Hábitos positivos y negativos*. Obtenido de Conocimientos Web. La divisa del nuevo milenio: <https://www.conocimientosweb.net/portal/article2888.html>
- Cueva, E. (s.f.). *La educación para la salud: instrumento en el desarrollo de actitudes*. Obtenido de Monografías: <https://www.monografias.com/trabajos104/educacion-salud-instrumento-desarrollo-actitudes/educacion-salud-instrumento-desarrollo-actitudes.shtml>
- De Almeida, N. (1992). *Epidemiología sin números*. Washington: OPS.
- Delgado, A., Pezo, M., & Espinosa, E. (2003). Estrés y estilos de vida condicionantes de enfermedad cardiovascular en estudiantes de la UNSAAC. *SITUA - Revista Semestral de la Facultad de Medicina Humana - UNSAAC*. 21, 38-41.
- EsSalud (2018). *Principales indicadores de salud y series estadísticas 2000 – 2018*. Seguridad Social de Salud del Perú, Lima.

- Exaltación, N. (2016). *Prácticas de estilos de vida en pacientes con diabetes tipo II, de la estrategia sanitaria daños no transmisibles de un establecimiento de salud de Huánuco. [Tesis de grado]*. Huánuco, Perú: Universidad de Huánuco.
- Fernández, N., Clúa, A., Báez, R., Ramírez, M., & Prieto, V. (2000). Estilos de vida, bienestar subjetivo y salud de los ancianos. *Revista Cubana de Medicina General Integral*. 16 (1), 6-12.
- Fiorentino, M. (2010). Conductas de la Salud. En L. Oblitas, *Psicología de la salud y calidad de vida* (págs. 57-81). México, D.F.: International Cengage Learning Editores S.A.
- Fuillerat, R. (2013). *La autoestima saludable*. Obtenido de Habana Radio: <http://www.habanaradio.cu/articulos/la-autoestima-saludable/>
- Fuste-Escolano, A. (2010). Comportamiento y Salud. En L. Oblitas, *Psicología de la salud y calidad de vida* (págs. 22-56). México, D.F.: International Cengage Learning Editores S.A.
- Godoy, J. (2011). *Una definición de conducta. (B. F. Skinner)*. Obtenido de Escuelas, Corrientes y Sistemas de la Psicología Contemporánea: <https://sites.google.com/site/escuelaspsicounc/word-of-the-week/unadefiniciondeconductabfskinner>
- Grimaldo, M. (2010). Calidad de vida y estilo de vida saludable en un grupo de estudiantes de posgrado de la ciudad de Lima. *Pensamiento Psicológico*. 8 (15), 17-38.
- Gross, R. (1994). *Psicología: La ciencia de la mente y de la conducta*. México, D.F.: Editorial El Manual Moderno, S.A. de C.V.
- Hernández, R., Fernández, C., & Baptista, M. (2010). *Metodología de la Investigación. Quinta Edición*. McGraw Hill Interamericana: México, D.F.

- Instituto de Empresa. (2005). Barometro de consumo 2005. En I. d. Empresa, *Salud y Ocio: estilo de vida* (págs. 76-97). Elorrio: Fundación Eroski.
- Instituto Nacional de estadística e Informática (2018). *Población que reportó padecer algún problema de salud crónico*. Obtenido de INEI: <https://www.inei.gob.pe/estadisticas/indice-tematico/health/>
- Instituto Tecnológico de Sonora. (s.f.). *¿Qué es salud integral?* Obtenido de Biblioteca Instituto Tecnológico de Sonora: [http://biblioteca.itson.mx/oa/psicologia/oa10/salud\\_integral\\_desde\\_perspectiva\\_biopsicosocial/y2.htm](http://biblioteca.itson.mx/oa/psicologia/oa10/salud_integral_desde_perspectiva_biopsicosocial/y2.htm)
- Juarez, F. (2011). El concepto de salud: Una explicación sobre su unicidad, multiplicidad y los modelos de salud. *International Journal of Psychological Research*, 4(1), undefined-undefined. [fecha de Consulta 11 de Noviembre de 2019]. ISSN: 2011-2084. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=2990/299022819009>
- Labiano, M. (2010). Introducción a la Psicología de la Salud. En L. Oblitas, *Psicología de la salud y calidad de vida* (págs. 3-21). México, D.F.: International Cengage Learning Editores S.A.
- Lalonde, M. (1981). *A new perspective on the health of Canadians. A working document. Minister of National de Health and Welfare*. Ottawa: Minister of Supply and Services Canada.
- Ley N° 30947. Diario Oficial el Peruano, Lima, Perú. 30 de abril del 2019. Disponible en: <https://busquedas.elperuano.pe/normaslegales/ley-de-salud-mental-ley-n-30947-1772004-1/>
- López, J., Ariza, C., Rodríguez, J., & Munguía, C. (2003). Construcción y validación inicial de un instrumento para medir el estilo de vida en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. *Salud Pública de México*. 45 (4), 259-268.

- Manrique, R. (2004). *Estudio de los factores sociales de riesgo que influyen en los estilos de vida de la población trabajadora de EsSalud*. Perú: s/e.
- Matarazzo, J. (1984). Behavioral health: A 1990 challenge for the health sciences professions. En J. Matarazzo, S. Weiss, J. Herd, & N. Miller, *Behavioral Health: A Handbook of Health Enhancement and Disease Prevention* (págs. 3-40). Nueva York: John Willey and Sons.
- Máximo, N. (2007). *Neurorrehabilitación en la Esclerosis Múltiple*. Madrid: Editorial Universitaria Ramón Areces.
- Maya, L. (2003). *Calidad de vida: estilos de vida saludables*. Servicio Nacional de Aprendizaje - SENA.
- Mayo, I. (1999). *Actualidad y pertinencia del enfoque personológico del estilo de vida*. Obtenido de Monografías: <https://www.monografias.com/trabajos27/estilo-vida/estilo-vida.shtml>
- Mayo, I. (2003). *La categoría estilo de vida y su importancia para la psicología de la salud*. Obtenido de Monografías: <https://www.monografias.com/trabajos13/lacateg/lacateg.shtml>
- Mebarak, M., De Castro, A., Salamanca, M., & Quintero, M. (2009). Salud mental: un abordaje desde la perspectiva actual de la psicología de la salud. *Psicología desde el Caribe*. (23), 83-112.
- Mechanic, D. (1986). *Illness Behaviour: An Overview*. En M. S., & V. T., *Illness Behavior*. Boston: Springer.
- Merani, A. (1979). *Enciclopedia de psicología: Diccionario de psicología*. México, D.F.: Editorial Grijalbo S.A.
- Ministerio de Salud del Perú. (2018). *Plan nacional de fortalecimiento de servicios de salud mental comunitaria 2018 – 2021*. Lima: Ministerio de Salud.
- Ministerio de Salud del Perú. (2018). *Lineamientos de política sectorial en salud mental*. Lima: Ministerio de Salud.

Ministerio de Salud del Perú (2017). *Lineamientos de política de promoción de la salud en el Perú*. Lima: Ministerio de Salud.

Ministerio Nacional de Salud y Bienestar de Canadá. (1974). *Informe Lalonde*. Ministerio Nacional de Salud y Bienestar.

Miqueleiz, E., Te Velde, S., Regidor, E., Van Lippevelde, W., Vik, F., Fernández, J., . . . Kunst, A. (2015). Hábitos de vida y estilos de cuidado de los progenitores relacionados con la obesidad infantil. Comparación de una población española con poblaciones de países del Norte de Europa: ENERGY-Project. *Revista Española de Salud Pública*. 89 (5), 523-532.

Muñiz, J. (1997). *Teoría Clásica de los Test*. Ediciones Pirámide.

Oblitas, L. (2008). El estado del arte de la Psicología de la Salud. *Revista de Psicología*. 26 (2), 219-254.

Oblitas, L. (2010). *Psicología de la salud y la calidad de vida*. México, D.F.: Cengage Learning Editores, S.A. de C.V.

Oblitas, L., & Becoña, E. (2000). *Psicología de la Salud*. México, D.F.: Plaza y Valdés.

Oficina Central de Planificación EsSalud. (2003). *Plan Estratégico de EsSalud 2003-2007*. Lima: EsSalud.

Olortegui, F. (1995). *Diccionario de psicología*. Lima: Editorial San Marcos.

Organización Mundial de la Salud - Organización Panamericana de la Salud. (1980). *Programa de control de las enfermedades no transmisibles*. Obtenido de Organización Mundial de la Salud: <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/169090/25220.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Organización Mundial de la Salud, Salud y Bienestar Canadá & Asociación Canadiense de Salud Pública. (1986). *Carta de Ottawa para la promoción de la salud*. Ottawa: Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud.



- Organización Mundial de la Salud. (1989). *Educación para la salud: Manual sobre educación sanitaria en atención primaria de salud*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- Organización Mundial de la Salud. (1998). *Promoción de la salud: Glosario*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- Organización Mundial de la Salud. (2013). *Salud mental: un estado de bienestar*. Obtenido de Organización Mundial de la Salud: [https://www.who.int/features/factfiles/mental\\_health/es/](https://www.who.int/features/factfiles/mental_health/es/)
- Organización Mundial de la Salud. (2018). *Datos y Cifras*. Obtenido de Organización Mundial de la Salud: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/physical-activity>
- Organización Mundial de la Salud. (2018). Indicadores de salud: Aspectos conceptuales y operativos. Washington, DC.: Organización Mundial de la Salud.
- Organización Mundial de la Salud. (2019). *Tabaco. Datos y Cifras*. Obtenido de Organización Mundial de la Salud: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/tobacco>
- Organización Mundial de la Salud. (s.f.). *¿Cómo define la OMS la salud?* Obtenido de Preguntas más frecuentes en: [http://origin.who.int/features/factfiles/mental\\_health/es/](http://origin.who.int/features/factfiles/mental_health/es/).
- Ortiz, M., & Ruiz, M. (2016). Predictores biosocioculturales y estilos de vida de los estudiantes universitarios de una universidad de Huánuco. *Revista Enfermería Herediana*, 9(2), 90-96.
- Otero, H. (1998). Calidad de vida y enfermedad. *Revista de Psicología*. 2 (1).
- Presidencia Ejecutiva EsSalud. (2005). Resolución N° 065-PE ESSALUD-2005 del 25 de enero de 2005. [Por la cual se resuelve declarar el año lectivo como año de la prevención y de la promoción de salud]. Lima, Perú.

- Rabe, G., & Casas, N. (2007). Formar en un estilo de vida saludable: otro reto para la ingeniería y la industria. *Educación y Educadores*. 10 (2), 103-117.
- Rafael, R., & Paredes, Á. (2016). Estilo de vida de los profesionales de enfermería del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen, Lima. *Revista Científica de Ciencias de la Salud*. 9 (2) , 39-46.
- Reynaga, M. (2017). *Estilos de vida que practican los estudiantes de la Escuela Académico Profesional de Ingeniería Industrial De La Universidad Nacional Hermilio Valdizán de Huánuco. [Tesis de grado]*. Huánuco: Universidad de Huánuco.
- Rivera, S., & Gómez, W. (2016). Impacto de la educación alimentaria y actividad física en la certificación de trabajador saludable. *Ágora Revista Científica*. 2 (1), 95-104.
- Rivera, T. (2008). *Conductas de riesgo para la salud en adolescentes: Diferencias entre estudiantes internos y externos de la Unidad Educativa Fiscomisional Técnico Ecuador De La Parroquia De Mindo Año Lectivo 2007 – 2008. [Tesis de grado]*. Quito: Universidad de San Francisco.
- Salamanca, A. y Giraldo, C. (2012). Modelos cognitivos y cognitivo sociales en la prevención y promoción de la salud. *Revista Vanguardia Psicológica UMB*. 2 (2), 185-202.
- Sánchez, J. (2006). Efectos de la presentación del mensaje para realizar conductas saludables: el papel de la autoeficacia y de la motivación cognitiva. *International Journal of Clinical and Health Psychology*. 6 (3), 613-630.
- Seclen, S., Leey, J., Villena, A., Herrera, B., Menacho, J., Carrasco, A., & Vargas, R. (1999). Prevalencia de Obesidad, Diabetes Mellitus, Hipertensión Arterial e Hipocolesterolemia como Factores de Riesgo Coronario y Cerebrovascular en Población Adulta de la Costa, Sierra y Selva del Perú. *Acta médica Perú*. 17 (1), 8-12.

Suescún, S., Sandoval, C., Hernández, F., Araque, I., Helena, L., Bernal, F., & Corredor, S. (2017). Estilos de vida en estudiantes de una universidad de Boyacá, Colombia. *Revista de la Facultad de Medicina*. 65 (2), 227-231.

Universidad Nacional Mayor de San Marcos. (2004-2007). *Serie Materiales de trabajo de segunda especialidad en psicología de la clínica y de la salud: Aspectos psicológicos de las enfermedades físicas*. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos.

Universidad Nacional Mayor de San Marcos. (2004-2007). *Serie Materiales de trabajo de segunda especialidad en psicología de la clínica y de la salud: Diseños de programas de prevención de enfermedades y promoción de la salud*. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos.

Universidad Nacional Mayor de San Marcos. (2004-2007). *Serie Materiales de trabajo de segunda especialidad en psicología de la clínica y de la salud: Epidemiología y salud pública*. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos.

Universidad Nacional Mayor de San Marcos. (2004-2007). *Serie Materiales de trabajo de segunda especialidad en psicología de la clínica y de la salud: Evaluación en psicología clínica*. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos.

Universidad Nacional Mayor de San Marcos. (2004-2007). *Serie Materiales de trabajo de segunda especialidad en psicología de la clínica y de la salud: Evaluación en psicología de la salud*. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos.

Universidad Nacional Mayor de San Marcos. (2004-2007). *Serie Materiales de trabajo de segunda especialidad en psicología de la clínica y de la salud: Intervención en psicología de la salud*. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos.

- Universidad Nacional Mayor de San Marcos. (2004-2007). *Serie Materiales de trabajo de segunda especialidad en psicología de la clínica y de la salud: Investigación en psicología de la salud*. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos.
- Urzúa, A., & Caqueo, A. (2012). Calidad de vida: Una revisión teórica del concepto. *Terapia Psicológica*. 30 (1), 61-71.
- Valenzuela, L. (2016). La salud, desde una perspectiva integral. *Revista Universitaria de la Educación Física y el Deporte*. 9, 50-59.
- Veramiendi, N. (2013). Intervención de estrategias de enseñanza en estilos de vida saludables de las amas de casa, localidad de Pillcomarca-Huánuco 2012. *Revista Educación y Desarrollo Social*, 7(1), 63-70.
- Vilca, A. (2017). *Estilo de vida en el profesional de enfermería del servicio de emergencia del hospital Cayetano Heredia*. [Tesis de grado]. Lima: Universidad San Martín.

## 7 ANEXOS

### Anexo 1. Cuestionario de estilo de Vida *CEVESalud*

Sexo: (F) (M)	Edad: _____	Lugar de Procedencia: _____	Nivel educativo : _____	Secund Completo ( )	Sup Incomple ( )	Sup Completa ( )	Post-Grado ( )
Agradeceremos que lea cuidadosamente las siguientes preguntas y conteste lo que usted considere que refleja mejor su <b>estilo de vida</b> en los últimos tres meses.							
<b>PREGUNTAS</b>	Elija una sola opción marcando con una cruz <b>X</b> en el que contenga la respuesta elegida.						
1. ¿Con qué frecuencia come verduras?	Todos los días de la semana	Algunos días	Casi nunca				
2. ¿Con qué frecuencia come frutas?	Todos los días de la semana	Algunos días	Casi nunca				
3. ¿Cuántos panes come al día?	0 a 1	2	3 o más				
4. ¿Cuántas porciones de arroz come al día?	0 a 1	2	3 o más				
5. ¿Agrega azúcar a sus alimentos o bebidas?	Casi nunca	Algunas veces	Frecuentemente				
6. ¿Agrega sal a los alimentos cuando los está comiendo?	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre				
7. ¿Come alimentos entre comidas?	Casi nunca	Algunas veces	Frecuentemente				
8. ¿Come alimentos fuera de casa?	Casi nunca	Algunas veces	Frecuentemente				
9. ¿Cuándo termina de comer la cantidad servida inicialmente, pide que le sirvan más?	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre				
10. ¿Con qué frecuencia hace al menos 15 minutos de ejercicio? (Caminar rápido, correr o algún otro)	3 o más veces por semana	1 a 2 veces por semana	Casi nunca				
11. ¿Se mantiene ocupado fuera de sus actividades habituales de trabajo?	Casi siempre	Algunas veces	Casi nunca				
12. ¿Qué hace con mayor frecuencia en su tiempo libre?	Salir de casa	Trabajos en casa	Ver televisión				
13. ¿Fuma?	No fumo	Algunas veces	Fumo a diario				
14. ¿Cuántos cigarrillos fuma al día?	Ninguno	1 a 5	6 o más				
15. ¿Bebe alcohol?	Nunca	Rara vez	1 vez o más por semana				
16. ¿Cuántas bebidas alcohólicas toma en cada ocasión?	Ninguna	1 a 2	3 o más				
17. ¿A cuántas charlas para mantenimiento de la salud ha asistido?	4 o más	1 a 3	Ninguna				
18. ¿Trata de obtener información sobre su estado de salud?	Casi siempre	Algunas veces	Casi nunca				
19. ¿Se enoja con facilidad?	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre				
20. ¿Se siente triste?	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre				
21. ¿Tiene pensamientos pesimistas sobre su futuro?	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre				
22. ¿Cuál es tu trabajo actual?	Directivo	Profesional	Auxiliar/Técnico				
23. ¿Como es su sueño?	Bueno	Regular	Malo				
24. ¿Cómo se siente consigo mismo?	Bien	Regular	Mal				
25. ¿Usted disfruta su tiempo libre?	Siempre	Algunas veces	Casi nunca				
26. ¿N° de hijos?	0 2 hijos	3 a 5 hijos	más de 5				
<b>PUNTAJE DIRECTO</b>							

## Anexo 2. Cuestionario de estilo de vida (puntaje)

CUESTIONARIO DE ESTILO DE VIDA (PUNTAJE) <i>CEV EsSalud</i>						
PREGUNTAS	PUNTUACION					
1. ¿Con qué frecuencia come verduras?	Todos los días de la semana	4	Algunos días	2	Casi nunca	0
2. ¿Con que frecuencia come frutas?	Todos los días de la semana	4	Algunos días	2	Casi nunca	0
3. ¿Cuántos panes come al día?	0 a 1	4	2	2	3 o más	0
4. ¿Cuántas porciones de arroz come al día?	0 a 1	4	2	2	3 o más	0
5. ¿Agrega azúcar a sus alimentos o bebidas?	Casi nunca	4	Algunas veces	2	Frecuentemente	0
6. ¿Agrega sal a los alimentos cuando los está comiendo?	Casi nunca	4	Algunas veces	2	Casi siempre	0
7. ¿Come alimentos entre comidas?	Casi nunca	4	Algunas veces	2	Frecuentemente	0
8. ¿Come alimentos fuera de casa?	Casi nunca	4	Algunas veces	2	Frecuentemente	0
9. ¿Cuándo termina de comer la cantidad servida inicialmente, pide que le sirvan más?	Casi nunca	4	Algunas veces	2	Casi siempre	0
10. ¿Con qué frecuencia hace al menos 15 minutos de ejercicio? (Caminar rápido, correr o algún otro)	3 o más veces por semana	4	1 a 2 veces por semana	2	Casi nunca	0
11. ¿Se mantiene ocupado fuera de sus actividades habituales de trabajo?	Casi siempre	4	Algunas veces	2	Casi nunca	0
12. ¿Qué hace con mayor frecuencia en su tiempo libre?	Salir de casa	4	Trabajos en casa	2	Ver televisión	0
13. ¿Fuma?	No fumo	4	Algunas veces	2	Fumo a diario	0
14. ¿Cuántos cigarrillos fuma al día?	Ninguno	4	1 a 5	2	6 o más	0
15. ¿Bebe alcohol?	Nunca	4	Rara vez	2	1 vez o más por semana	0
16. ¿Cuántas bebidas alcohólicas toma en cada ocasión?	Ninguna	4	1 a 2	2	3 o más	0
17. ¿A cuántas charlas para mantenimiento de la salud ha asistido?	4 o más	4	1 a 3	2	Ninguna	0
18. ¿Trata de obtener información sobre su estado de salud?	Casi siempre	4	Algunas veces	2	Casi nunca	0
19. ¿Se enoja con facilidad?	Casi nunca	4	Algunas veces	2	Casi siempre	0
20. ¿Se siente triste?	Casi nunca	4	Algunas veces	2	Casi siempre	0
21. ¿Tiene pensamientos pesimistas sobre su futuro?	Casi nunca	4	Algunas veces	2	Casi siempre	0
22. ¿Cuál es tu trabajo actual?	Directivo	4	Profesional	2	Auxiliar/Técnico	0
23. ¿Como es su sueño?	Bueno	4	Regular	2	Malo	0
24. ¿Cómo se siente consigo mismo?	Bien	4	Regular	2	Mal	0
25. ¿Usted disfruta su tiempo libre?	siempre	4	Algunas veces	2	Casi nunca	0
26. ¿N° de hijos?	0_2 hijos	4	3 a 5 hijos	2	más de 5	0

